

**Liikuntaneuvontaa terveyskioskissa –
Kartoitus liikuntaneuvonnan toteutumisesta Trion terveyskios-
kissa Lahdessa**

Sini Niskala

Opinnäytetyö
Vierumäen yksikkö
Liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma
kevät 2012



Liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma

<p>Tekijä Sini Niskala</p>	<p>Ryhmä tai aloitusvuosi 2009</p>
<p>Opinnäytetyön nimi Liikuntaneuvontaa terveystieteiden osastolla – Kartoitus liikuntaneuvonnan toteutumisesta Triion terveystieteiden osastolla Lahdessa</p>	<p>Sivu- ja liitesivumäärä 68+4</p>
<p>Ohjaaja Päivi Sinkkonen</p>	
<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa liikuntaneuvonnan toteutumista Lahdessa, kauppakeskus Triossa sijaitsevassa terveystieteiden osastolla. Tutkimuksen avulla pyrittiin selvittämään, saavatko terveystieteiden osastolla asioivat liikuntaneuvontaa ja mikäli saavat, millaista liikuntaneuvontaa on. Lisäksi haluttiin saada tietoa siitä, kokevatko asiakkaat liikuntaneuvonnan hyödylliseksi ja millaisia tarpeita ja toiveita heillä on terveystieteiden osastolla annettavaa liikuntaneuvontaa koskien.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Kyselylomakkeet olivat jaossa terveystieteiden osastolla kahden kuukauden ajan syksyllä 2011. Kyselyyn vastasi 100 terveystieteiden osastolla asioinnutta henkilöä.</p> <p>Suurin osa kyselyyn vastanneista keskusteli liikunta-asioista vastaanotolla kyseisen käynnin yhteydessä. Useimmiten terveystieteiden osastolla työntekijä otti liikunta-asiat puheeksi. Suurin osa liikuntaneuvontaa saaneista sai mukaansa kirjallista materiaalia liikuntaan liittyen ja heille suositeltiin liikuntaryhmää. Kukaan liikuntaneuvontaa saaneista ei ollut täysin tyytymätön liikuntaneuvontaan, sillä yli 60 % liikuntaneuvontaa saaneista koki liikuntaneuvonnan erittäin hyödylliseksi ja loput jokseenkin hyödylliseksi. Tyytyväisimpiä olivat ne, jotka kokivat eniten tarvetta lisätä liikuntaa. Ne asiakkaat, jotka eivät saaneet liikuntaneuvontaa, eivät olisikaan halunneet keskustella liikunta-asioista.</p> <p>Tutkimus todistaa, että liikunta-asioita käsitellään aktiivisesti terveystieteiden osastolla asiakaskontaktissa, mikä osoittaa, että liikunnan merkitys tunnustetaan sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Tutkimustiedon syventämiseksi tulisi pureutua tarkemmin liikuntaneuvonnan sisältöön ja tarkastella liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta.</p>	
<p>Asiasanat liikuntaneuvonta, terveystieteiden liikunta, terveyden edistäminen, terveydenhuolto</p>	

Degree Programme in Sports and Leisure Management

<p>Author Sini Niskala</p>	<p>Group or year of entry 2009</p>
<p>The title of thesis Exercise counseling at convenient care clinic – A survey of the implementation of exercise counseling at the convenient care clinic Trio Lahti</p>	<p>Number of pages and appendices 68+4</p>
<p>Supervisor Päivi Sinkkonen</p>	
<p>The purpose of this study was to survey exercise counseling at a convenient care clinic located at Trio shopping centre in Lahti. The primary goal of the study was to determine whether the customers get exercise counseling, and if so, what the counseling is like. The aim was also to clarify whether the customers find exercise counseling helpful and whether they have some expectations or needs concerning exercise counseling at a convenient care clinic.</p> <p>The study was based on quantitative methods. A survey was conducted among the customers of the Trio convenient care clinic in autumn 2011. A questionnaire was distributed by the nurses to the customers visiting the convenient care clinic. 100 customers filled in the questionnaire, which primarily included multiple choice questions.</p> <p>According to the results of the questionnaire, 96% of the customers discussed exercising habits with the nurse during the visit at the clinic. In almost every case, it was the nurse who brought up the topic. Almost 90% of the customers who discussed exercising were given written material or recommended a sports group by the nurse. None of the customers were dissatisfied with exercise counseling and 60% of the customers found the counseling very useful. Those who found the biggest need to improve their exercising habits found the exercise counseling most helpful. The customers who did not receive exercise counseling would not have wanted to discuss their exercising habits.</p> <p>This study shows that promoting physical activity plays an important role in the meetings between a customer and a nurse at a convenient care clinic. This implies that nurses working at the convenient care clinic at Trio in Lahti recognize the important role of exercising in preventing and taking care of diseases. Further study is needed to explore the content and the efficacy of exercise counseling.</p>	
<p>Key words exercise counseling, health exercise, health promotion, health care</p>	

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Terveysliikunta ja sen kansanterveydellinen merkitys	3
2.1	Terveysliikuntasuositukset	4
2.2	Terveysliikuntasuosituksen toteutuminen.....	5
2.3	Terveysliikunnan hyödyt ja tarve.....	6
3	Liikunnan edistäminen	8
3.1	Liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä	9
3.1.1	Ympäristötekijät.....	11
3.1.2	Yksilöön liittyvät tekijät	12
3.1.3	Altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät	15
3.2	Liikuntaneuvonta ja transteoreettinen muutosvaihemalli	16
3.3	Liikuntaneuvonnan työkaluja.....	20
3.3.1	Kuuden K:n menetelmä	21
3.3.2	Pace-menetelmä	22
3.3.3	Liikkumisresepti.....	23
4	Terveyden edistäminen kunnissa	25
4.1	Lahden kaupungin terveysliikuntastrategia ja liikuntapalveluketju	28
4.1.1	Terveysliikuntastrategian taustaa	28
4.1.2	Terveysliikuntastrategia.....	28
4.2	Terveyskioski palveluinnovaationa	33
4.3	Lahden terveyskioski.....	33
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	38
6	Tutkimusmenetelmät	39
6.1	Kohderyhmä	39
6.2	Mittarin laadinta.....	39
6.3	Kyselyn järjestäminen	40
6.4	Tilastolliset menetelmät	41
7	Tulokset.....	42
7.1	Liikuntaneuvonnan määrä.....	44
7.2	Liikuntaneuvonnan olemus.....	47
7.3	Asiakkaiden tyytyväisyys liikuntaneuvontaan	48

7.4 Liikuntaneuvontaan liittyvät tarpeet ja toiveet	51
8 Pohdinta	53
8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja oman työskentelyn tarkastelu	58
8.2 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	60
Lähteet.....	61
Liitteet.....	69
Liite 1. Kyselylomake.....	69

1 Johdanto

Elintapoihin liittyvät sairaudet ovat tulleet yhä yleisemmiksi ja kuormittavat terveydenhuoltoa kasvavissa määrin (Kiiskinen, Teperi, Häkkinen & Aromaa 2005). Tällä hetkellä ja lähitulevaisuudessa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää rasittavat erityisesti väestön ikääntyminen, ylipainoisuuden ja tyyppin 2 diabeteksen lisääntyminen sekä arki liikunnan väheneminen (Fogelholm, Paronen & Miettinen 2007, 104). Terveydenhuollon menot kasvoivatkin 40 prosenttia vuosien 1995 - 2005 aikana (Moilanen, Knape, Häkkinen, Hujanen & Matveinen 2008, 96). Pelkästään liian vähäisen liikunnan aiheuttamien suorien terveystaloudellisten kustannusten, kuten terveydenhuoltopalvelujen käytön, ja epäsuorien terveystaloudellisten kustannusten, kuten sairauspoissaolojen ja työn tuottavuuden laskun, on arvioitu olevan Suomessa noin 300-400 miljoonaa euroa vuodessa (Fogelholm ym. 2007, 4, 87-89). Myös terveyserot ja terveydenhuollon epätasa-arvo jatkavat tasaisesti kasvuaan (Kosonen 2011, 18).

Kasvaviin terveydenhuollon kuormituspaineesiin on tarvetta reagoida uusilla innovaatioilla (Fogelholm ym. 2007, 4, 105; Kosonen 2011, 18). Terveyskioskitoiminta on yksi uusista ennaltaehkäisevän terveydenhuollon kokeilu- ja tutkimushankkeista, jota on toteutettu yhteistyössä kaupunkien, Tampereen yliopiston ja Sitra Kuntaohjelman kanssa. Suomen ensimmäinen terveystioski avattiin kesäkuussa 2009 Ylöjärvelle kauppakeskus Eloon ja toinen maaliskuussa 2010 Lahteen kauppakeskus Trioon. (Sitra 2010.) Syksyllä 2011 avautui kaksi uutta terveystioskia, Kotkaan ja Lahteen, ja Sitra kaavailee jopa 50 uuden terveystioskin avaamista Suomen kuntiin vuoden 2013 loppuun mennessä (Pakkala 2011). Terveystioskit tarjoavat hoitajatasoisia matalan kynnyksen terveydenhuollon palveluja asiakaslähtöisesti ihmisten luonnollisten asiointipaikkojen yhteydessä. Painopiste on ennaltaehkäisevässä työssä, ja konseptilla etsitään terveydenhuollon palveluja parantavaa, työtyytyväisyyttä lisäävää ja kustannustehokasta mallia perusterveydenhuollon rakenteelliseen uudistamiseen. Mallia toimintaan on saatu Yhdysvalloissa suositusta Retail Clinic –konseptista. (Sitra 2010.)

Liikunnalla on tutkitusti tunnettuja vaikutuksia hyvinvoinnin lisääjänä ja monien sairauksien ehkäisijänä (Fogelholm ym. 2007, 22; Vuori 2011a, 12). Kuitenkin vain hieman yli puolet suomalaisista aikuisista liikkuu terveytensä kannalta riittävästi, eli kohtalaisesti

rasittavalla teholla, vähintään puoli tuntia päivittäin (Fogelholm 2007, 47-48; Fogelholm ym. 2007, 57; Kansallinen Liikuntatutkimus 2009-2010, 12; Vuori 2005a, 621). Suomen väestörakenne on muuttumassa. Yli 65-vuotiaiden määrän ennustetaan nousevan noin kymmenellä prosenttiyksiköllä, nykyisestä 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. (Tilastokeskus 2009.) Liikunnan sairauksia ehkäisevä ja toimintakykyä ylläpitävä rooli korostuu väestön ikääntyessä (Vuori 2011b, 88).

Yksilön terveystietoisuuden muutokseen pyrittäessä on otettava huomioon niin mahdollistavat, altistavat kuin vahvistavatkin tekijät. Yksilön fyysisistä aktiivisuutta edistettäessä tarvitaan paitsi tietämystä liikunnan terveystieteistä ja liikuntamahdollisuuksista (altistavat tekijät), myös tarkoituksenmukaisia ja helposti saavutettavissa olevia liikuntapaikkoja (mahdollistavat tekijät) sekä sosiaalista tukea ja ohjausta (vahvistavat tekijät). (Green & Kreuter 1999, 41; Räsänen 2010, 111-114.) Terveystietoisuuden lisääminen mahdollistaa jossain määrin näiden kaikkien terveystietoisuuden muutokseen vaikuttavien tekijöiden toteutumisen. Terveystietoisuus parantaa terveystietoisuuden saatavuutta sekä tarjoaa tietoa, neuvontaa ja sosiaalista tukea terveystietoisuuden muutokseen liittyen. Lisäksi terveystietoisuus tarjoaa oivan ympäristön tavoittaa terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia henkilöitä ja pyrkiä vaikuttamaan heidän liikuntatottumuksiinsa (Vuori 2005b, 647). Trion terveystietoisuudessa Lahdessa asioi vuosittain yli 10 000 kävijää (Kork, Kivimäki, Rimpelä & Vakkuri 2011, 14). Yksinkertaisten laskelmien perusteella näistä ihmisistä mahdollisesti jopa puolet liikkuu terveytensä kannalta liian vähän ja hyötyisi liikunnan lisäämisestä.

Liikkumattomuuden ja erityisesti sen aiheuttamien seurauksien ollessa tällä hetkellä suomalaisen yhteiskunnan isoimpia kansanterveydellisiä haasteita, on tärkeää tietää, miten ja kuinka tehokkaasti passiivista elämäntapaa pyritään ehkäisemään päivittäisissä terveydenhuollon asiakaskontakteissa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kyselytutkimuksen avulla kauppa- ja palveluskeskus Triossa Lahdessa sijaitsevassa terveystietoisuudessa toteutuvan liikuntaneuvonnan määrää, muotoja sekä asiakkaiden tyytyväisyyttä liikuntaneuvontaan. Selvitys antaa mahdollisuuden kehittää terveystietoisuudessa tai vastaavissa matalan kynnyksen terveydenhoitoyksiköissä annettavaa liikuntaneuvontaa.

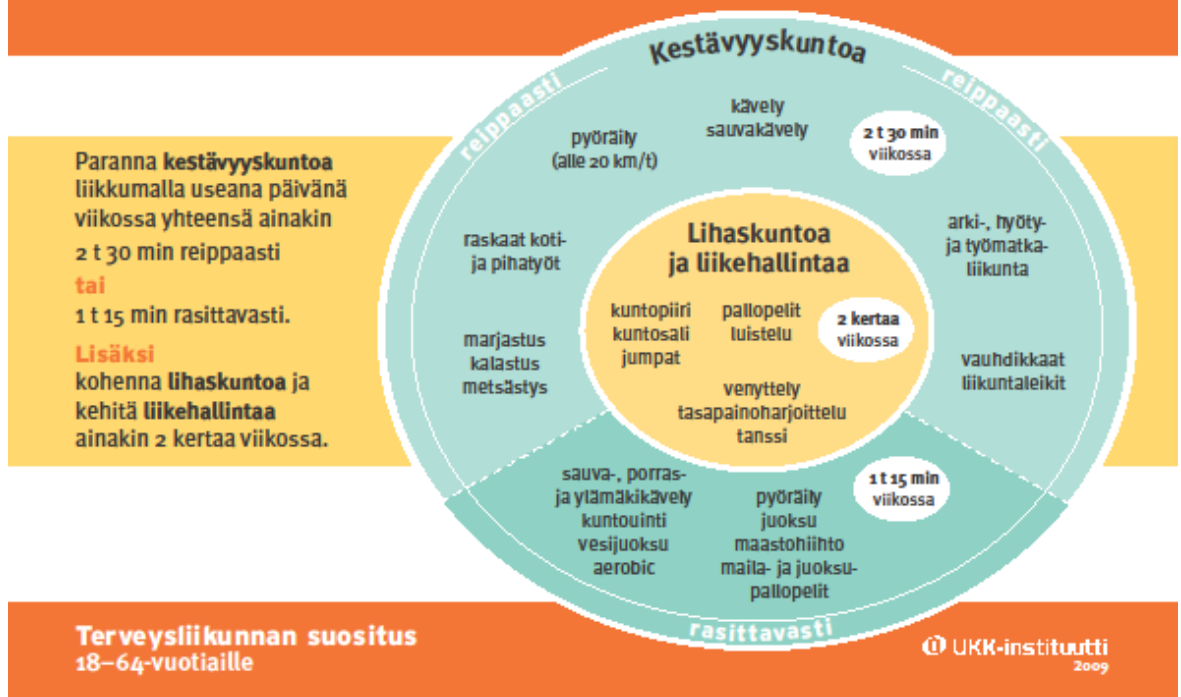
2 Terveysliikunta ja sen kansanterveydellinen merkitys

Liikunta on yksi ihmisen biologisista perustarpeista. Tämä on helppo ymmärtää, kun tarkastelee ihmiskunnan historiaa; liikkumaan kykenevillä on ollut suuremmat mahdollisuudet selviytyä hengissä ja jatkaa sukua kuin siihen kykenemättömillä. Vaikka aremme on muuttunut huomasti vuosisatojen ja –tuhansien saatossa, on biologinen perustarve liikkumiseen säilynyt ennallaan. Elimistömme, niin lihakset, luut, nivelet kuin hermostokin, tarvitsee säännöllisiä liikunnan antamia ärsykeitä pysyäkseen toimintakykyisenä. (Vuori 2003, 15.)

Lukuisissa tutkimuksissa on osoitettu, että liikunnan vähyys altistaa monille sairauksille sekä ennenaikaiselle toimintakyvyn heikkenemiselle. Liikunnan puute yksinään ei välttämättä johda sairastumiseen, mutta yhdessä muiden riskitekijöiden, kuten perinnöllisen alttiuden, ympäristön ja muiden elintapojen kanssa se aiheuttaa merkittäviä kansanterveydellisiä ongelmia. (Vuori 2003, 21.) Yleisimmät pitkäaikaissairaudet, joiden ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa liikunnalla on osoitettu olevan merkitystä, ovat paksusuolensyöpä, rintasyöpä, tyypin 2 diabetes, sepelvaltimotauti, korkea verenpaine, aivoverenkierron häiriöt sekä monet tuki- ja liikuntaelinvaivat. (Fogelholm ym. 2007, 22; Vuori 2003, 22-23; Vuori 2011a, 12-13.) Yli puolella suomalaisista 30 vuotta täyttäneistä on jokin pitkäaikaissairaus (Aromaa & Koskinen 2002, 38). Pelkästään tyypin 2 diabetes aiheutti vuonna 2007 Suomessa 2,6 miljardin euron kustannukset, kun lasketaan yhteen sairaudesta aiheutuneet hoitokustannukset sekä tuottavuuden alenemisesta aiheutuvat kustannukset. Maailman terveysjärjestö WHO:n tekemän arvion mukaan liikumattomuus on diabeteksen pääasiallinen syy 27 prosentilla sairastuneista. Siksi puolelle miljoonalle tyypin 2 diabeetikoille ja suuren diabetesriskin omaavalle henkilölle suunnatuilla tehokkailla liikunnan ja terveiden ravitsemustottumusten edistämistoimenpiteillä olisi mahdollisuus säästää miljoonia joka vuosi. (Husu, Paronen, Suni & Vasankari 2011, 9; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 7.) Myös tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvaa toimintakyvyn alenemistä ja työkyvyn laskua olisi mahdollista ehkäistä tehokkaasti terveystoiminnalla. On arvioitu, että joka kolmas suomalaisten yli yhdeksän päivän työstä poissaolosta johtuu tuki- ja liikuntaelintalon sairauksista aiheuttaen yli 200 miljoonan euron vuosikustannukset. (Husu ym. 2011, 10.)

2.1 Terveysliikuntasuositukset

Jotta liikunnan puutteen aiheuttamia haittoja terveydelle ja toimintakyvyille voitaisiin ehkäistä tehokkaasti, on ollut tarpeen määritellä kohtalaisen täsmällisesti, millaista ja kuinka paljon liikuntaa tähän tarvitaan. 1990-luvulla Suomessa otettiin käyttöön termi terveysliikunta. Terveysliikunnalla tarkoitetaan kaikkea sellaista liikuntaa, joka vaikuttaa positiivisesti terveyteen, eikä aiheuta terveydellisiä haittoja. Terveysliikunnan yleissuositukseksi on hyväksytty seuraavanlainen määritelmä: Jokaisen aikuisen on liikuttava vähintään puoli tuntia päivässä yhtäjaksoisesti tai useammassa jaksossa vähintään ripeää kävelyä vastaavalla rasittavuudella mieluiten päivittäin. Terveysliikunta-annos voidaan saavuttaa joko harrastamalla erilaisia kestävyysliikunnan muotoja, kuten pyöräilyä, uintia, kävelyä, juoksua tai hiihtoa, tai hyötyliikuntana arjen askareiden lomassa. Kestävyysliikunnan lisäksi terveystuosituksessa kehoitetaan harjoittamaan voimaa vaativaa ja liikkuvuutta ylläpitävää liikuntaa vähintään kahdesti viikossa. (Fogelholm & Oja 2011, 67-75; Vuori 2003, 27-28.) Lihaskuntoa harjoittavan ohjelman tulisi sisältää 8–10 erilaista suurta lihasryhmiä kuormittavaa liikettä, joita kutakin tehdään 8–12 toistoa. Terveysliikuntasuositukset ovat täsmentyneet viime vuosina ja työikäisen väestön kestävyysliikuntasuositus ilmaistaan nykyään monessa yhteydessä aiempaa yksinkertaisemmin: Kestävyysliikuntaa tulisi harjoittaa viikossa 2 h 30 min. reipasta kävelyä vastaavalla teholla tai vaihtoehtoisesti 1 h 15 min. juoksua vastaavalla teholla. On kuitenkin huomattava, että terveystuositukset ovat liikkumisen minimisuosituksia. Jos halutaan merkittävästi parantaa kuntoa, vähentää kroonisten sairauksien riskiä tai pudottaa painoa, tulisi liikkua ainakin kaksinkertaisesti suosituksiin nähden. (Husu ym. 2011, 16-18; UKK-instituutti 2009.) Terveystuositus havainnollistetaan usein liikuntapiirakan avulla (kuvio 1), joka kuvaa 18-64-vuotiaiden tavoiteltavaa minimiliikunnan määrää.



Kuvio 1. Liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2009)

2.2 Terveysliikuntasuosituksen toteutuminen

Tarve terveysterveystasuosituksen luomiselle on syntynyt, koska ihmisten arki on passiivoinut. Enää harva meistä tekee päivät metsätoita tai ajaa aamuisin pyörällä tehtaantöistä ja pesee nyrkkipyökyä illat. Sen sijaan valtaosa istuu kahdeksan tuntia päivässä toimistossa ja viettää illat television tai tietokoneen ääressä. Tilastojen valossa vapaaajan liikunnan harrastus on kuitenkin vuosien saatossa lisääntynyt, mutta arkiliikunnan dramaattisesta vähenemisestä johtuen liikunnan määrä kokonaisuudessaan on laskenut. (Husu ym. 2011, 31; Opetusministeriö 2008, 13; Penttilä 2011, 24-25; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010, 7; Vuori 2005a, 626.) Fyysisen terveytensä kannalta riittävästi liikkuvia on alle kouluikäisistä valtaosa, nuorista arviolta noin 40–50 prosenttia ja aikuisista noin 60–65 prosenttia (Fogelholm ym. 2007, 3; Opetusministeriö 2008, 13). Lähempi tarkastelu kuitenkin paljastaa, että monissa tutkimuksissa on tarkasteltu lähinnä kestävyysliikuntaa ja sen riittävyttä. Vain noin kymmenesosa työikäisistä täyttää terveysterveystasuosituksen kokonaisuudessaan, eli sekä kestävyys- että lihaskuntoliikunnan suosituksen. Lisäksi lähes kokonaan liikkumattomia, eli henkilöitä, joilla ei ole säännöllistä

viikoittaista liikunnan harrastamista, on työikäisistä lähes viidesosa. (Husu ym. 2011, 36.)

Liikunnan harrastus lisääntyy, mutta suomalaisten kunto huononee ja elintapasairaudet jylläävät. Penttilän (2011, 26-27) mukaan UKK-instituutin johtajalla ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusprofessorilla Tommi Vasankarilla on selitys ristiriitaiseen yhtälöön. ”Tutkimuksissa ihmiset herkästi liioittelevat harrastamansa liikunnan määrää ja liikkuessamme ”löysäilemme” eli harrastamme näennäisliikuntaa”. Tutkijat ovatkin heränneet huomaamaan, että liikkumisen määrän lisäksi olisi tärkeää tutkia istumisen määrää ja liikkumissuosittelun lisäksi antaa liikkumattomuussuosituksia. Istumisen määrän on todettu olevan itsenäinen, liikunnasta riippumaton kuolleisuuden riskitekijä etenkin silloin, kun sen määrä ylittää kuusi tuntia päivässä. Istumisen määrän jatkuvasti lisääntyessä on mahdollista, etteivät nykyiset terveystieteiden suositukset enää riitä fyysisen aktiivisuuden minimisuosituksiksi. (Husu ym. 2011, 6, 37.)

Kansainvälisissä, väestön liikunnan harrastamista vertailevissa tutkimuksissa Suomi sijoittuu harrastusaktiivisuudessa kärkimaiden joukkoon. Monin paikoin Suomea pidetäänkin liikuntaolosuhteiden mallimaana, jossa liikuntapaikkojen, kuten teiden, väylien, polkujen, reittien, ratojen, kenttien, salien ja hallien määrällinen tiheys on maailman huippua. Myös liikuntakulttuuri on vahva ja liikkuminen nähdäänkin suomalaisessa yhteiskunnassa lähes kansalaisvelvollisuutena. (Vuolle 2000, 28; Vuori 2003, 79, 95.) Mahdollisuudet liikunnan edistämiseksi ovat siis hyvät, mutta tarvekin on ilmeinen (Husu ym. 2011, 10; Vuori 2003, 62).

2.3 Terveystieteiden liikunnan hyödyt ja tarve

Liikunnalla on lukuisia suoria ja välillisiä vaikutuksia niin yksilöön, yhteiskuntaan kuin ympäristöönkin ja lista liikunnan positiivisista vaikutuksista on lähes hengästyttävä (Vuori 2003, 32). Oikealla tavalla annosteltu ja yksilön ominaisuudet sekä terveydentilan huomioon ottava liikunta lisää terveyttä ja hyvinvointia, vähentää riskiä sairastua moniin sairauksiin, virkistää, rentouttaa, lisää pystyvyyden tunteita ja itseluottamusta sekä stressin sietokykyä. Lisäksi liikunnan avulla voidaan tukea lasten ja nuorten fyysistä, henkistä ja moraalista kasvua ja kehitystä yhteiskunnan jäseneksi sekä parantaa kou-

lumenestystä. Liikunnan avulla on mahdollista oppia sosiaalisia taitoja, muodostaa ystävyssuhteita, lisätä yhteenkuuluvuuden tunteita, suvaitsevaisuutta ja tasa-arvoa sekä ehkäistä syrjäytymistä. Liikkuen voidaan myös lisätä ympäristötietoisuutta ja vähentää moottoriliikennettä. Liikunnan kansalaistoiminta on ylivoimaisesti suosituin järjestäytymisen ja vapaaehtoistyön muoto, joka palvelee yhteiskunnan kannalta tärkeiden arvojen ja toimintojen kehittymistä. (Nupponen 2011, 43, 49-50; Opetusministeriö 2008, 14; Paronen & Nupponen 2011, 188; Vuori 2003, 15-36.)

Tämän ajan yhteiskunnassa laajaa liikunnan edistämisen tarvetta korostaa erityisesti lihominen, joka johtuu liian suuresta energiansaannista suhteessa kulutukseen (Vuori 2011a, 18). Toinen akuutti perustelu liittyy väestörakenteen muutokseen. Yli 65-vuotiaan väestön määrän lisääntyessä ja työikäisen väestön määrän vähentyessä on ensisijaisen tärkeää pyrkiä ehkäisemään liikunnan puutteesta aiheutuvaa toimintakyvyn ennenaikaista heikkenemistä. (Opetusministeriö 2008, 14, 25.) Tarkimmin liikunnan edistämisen tarvetta voitaisiin arvioida sen perusteella, missä määrin liikunnan hyötyjä jää saavuttamatta nykyisin toteutuvalla liikunnalla. Näin laajojen arviointien tekemiseen ei ole käytettävissä tarvittavia numeerisia tietoja, mutta on kuitenkin mahdollista arvioida suomalaisen työikäisen väestön kunto- ja terveysliikunnan edistämisen tarvetta, koska siihen on olemassa suositukset ja tutkittua tietoa siitä, että hieman yli puolet suomalaisesta aikuisväestöstä täyttää nämä suositukset. Näin ollen suomalaisesta aikuisväestöstä lähes puolet kuuluu siihen joukkoon, joilla toimintakyvyn ennenaikaisen alenemisen ja monien vakavien sairauksien vaara on huomattavasti kasvanut pelkästään yhden riskitekijän, liian vähäisen liikunnan perusteella. Liikunnan puutteen voi jo näiden tietojen valossa katsoa olevan yleinen ja vakava terveysongelma. (Melkas & Miettinen 2007, 6; Vuori 2003, 56-62.)

3 Liikunnan edistäminen

Riittämättömästi liikkuvien aktivointi on osoittautunut vaikeaksi ja monitahoiseksi kysymykseksi. Liikunnallisuuden lisäämiseksi on erityisesti viimeisen vuosikymmenen aikana tehty runsaasti työtä julkisen hallinnon eri sektoreilla, erilaisissa järjestöissä, kouluissa, työpaikoilla sekä liikuntapalveluita tarjoavissa yrityksissä. Valtion terveystieteiden rahoitus kaksinkertaistui aikavälillä 2000-2006 ja liikunta on sisällytetty tärkeänä teemana moneen politiikkaohjelmaan, kuten Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelmaan ja Terveystieteet 2015 –ohjelmaan. Valistuksen ja suositusten lisäksi riittämättömästi liikkuvia on tuettu lukuisilla terveystieteiden- ja liikuntaohjelmilla sekä kampanjoilla, kuten Kunnossa kaiken ikää, Voimaa vanhuuteen ja Liiku terveemmäksi –teemapäivä. Toimenpiteitä on kohdistettu sekä liikunnan taustalla olevien elinolojen parantamiseen, että eri ryhmille soveltuvan liikuntatarjonnan lisäämiseen. Tehdyt toimenpiteet ovat edesauttaneet liikuntaharrastuksen kasvua, mutta suuri joukko kansalaisia liikkuu edelleen terveystietensä kannalta riittämättömästi. Liikuntaharrastuksen kasvulla ei ole kyetty korvaamaan arkiliikunnan vähentymistä. (Melkas & Miettinen 2007, 6; Opetusministeriö 2008, 62-63; Vuori 2005b, 647.)

Riittämättömästi liikkuvien aktivointi on enemmän kuin liikuntakysymys. Vallitseva liikuntakulttuuri ja tarjolla olevat liikkumisen mahdollisuudet eivät puhuttele kaikkia. Järjestäytynyt liikuntatoiminta kiinnostaa erityisesti liikunnallisesti lahjakkaita lapsia ja nuoria. Yksityiset liikuntapalvelut tavoittavat ensisijaisesti maksukykyiset aktiiviset aikuiset. Työyhteisöjen liikunta kiinnostaa eniten muutenkin liikkuvia. Tarjolla olevan liikuntatoiminnan ja -palveluiden kautta on mahdollista tavoittaa suuri osa, mutta ei kaikkia kansalaisia. (Fogelholm ym. 2007, 104; Opetusministeriö 2008, 62-63.) Liikkuminen perustuu vapaaehtoisuuteen, eikä sitä voida säädellä samanlaisin säädöksin ja määräyksin kuin monia muita terveystieteidenkäytännön muotoja, kuten alkoholin käyttöä, tupakointia ja liikennekäytännön vähentymistä (Vuori 2003, 106). Tässä piilee yksi liikkumisen edistämisen haasteista.

Liikunnallisen elämäntavan omaksuminen on monivaiheinen ja yleensä pitkä prosessi. Parhaiten liikuntaan aktivoiminen onnistuu, kun pystytään vaikuttamaan moneen liikuntaan altistavaan ja vahvistavaan tekijään yhtä aikaa eri tahojen yhteistyöllä. (Ope-

tusministeriö 2008, 63.) Yksinkertaisimmillaankin liikunnan edistämässä on kyse yksilön tietoihin, taitoihin ja asenteisiin vaikuttamisesta (terveysviestintä ym.), sosiaalisen tuen tarjoamisesta (liikuntaneuvonta ym.) ja ympäristön muokkaamisesta sellaiseksi, että se houkuttelee ja antaa mahdollisuuksia liikuntaan (Fogelholm 2006, 48). Yksittäisillä ratkaisuilla pystytään harvoin vaikuttamaan laajojen väestöryhmien liikuntatottumuksiin. Tavoitteeksi tulisikin asettaa liikunnallisen kulttuurin omaksuminen arjen käytäntöjen ohjaajana. Liikunta-käsitteen rinnalla on korostettava arkisempaa fyysisen aktiivisuuden ideaa erityisesti riittämättömästi liikkuvien herättämisessä. Määrää korostavien ja arkielämästä irrallisten liikuntasuoritusten sijaan fyysistä aktiivisuutta kannattaisi edistää arkielämään piilotettujen liikunnallisten mahdollisuuksien ja houkutusten kautta. Tehokkainta olisi, jos liikunnalliset aktiviteetit olisivat luonnollinen osa päivittäistä työhön sisältyvää toimintaa niin päiväkodeissa, kouluissa kuin työpaikoillakin. (Fogelholm ym. 2007, 104; Opetusministeriö 2008, 63; Poskiparta, Kaasalainen & Kasila 2009, 49.) Suurin osa ihmisten päivittäisestä elämästä nimittäin sujuu rutiinien ja totuttujen toimintojen lomassa (Paronen & Nupponen 2011, 191). On myös todettu, että elämäntavoihin riippumatta oheis- tai hyötyliikunnan tottumuksista on helpompaa pitää kiinni, ja ne jatkuvat todennäköisemmin, kuin harrastusliikunta (Nupponen & Suni 2011, 218).

Jotta liikunnan edistämisen näkökulmat voitaisiin ottaa entistäkin paremmin huomioon suunnittelussa ja päätöksenteossa, ja jotta liikunnan edistämisen voimavarat osattaisiin suunnata oikeisiin tekijöihin, on tarpeen määrittää tarkemmin liikuntakäyttäytymistä määritteleviä tekijöitä (Vuori 2003, 65, 78, 81).

3.1 Liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä

Liikuntakäyttäytymiseen yhteydessä olevia tekijöitä kartoitettaessa on tutkittu lähinnä urheilijoita ja vakiintuneita kuntosuorittajia. Vaikka näin on pystytty löytämään yleisiä liikkumiseen kannustavia ja sitä edistäviä tekijöitä, ei aktiiviliikkujien tutkiminen ole kyennyt vastaamaan siihen, miksi kaikki eivät liiku. Liikkumista tai liikkumattomuutta onkin yhä etenevässä määrin ryhdytty selittämään terveyskäyttäytymisen psykologisten mallien ja teorioiden avulla. Liikuntakäyttäytymisen ennustaminen ja selittäminen erilaisten käsitteiden ja mallien avulla auttaa erityisesti terveysliikuntakampanjoiden suunnittelussa sekä yksilöllisessä liikuntaneuvonnassa. (Paronen & Nupponen 2011, 191.)

Liikuntakäyttämiseen vaikuttavat lukuisat eri tekijät lukuisin eri tavoin. Osa näistä tekijöistä on konkreettisia, kuten liikuntapaikkojen olemassaolo, osa abstrakteja, kuten henkilön kokemat odotukset itsestään liikkujana. Nämä tekijät muodostavat jokaisen yksilön kohdalla moniulotteisen ja alati muuttuvan kokonaisuuden. Ryhmissä ja yhteisöissä näiden tekijöiden määrä moninkertaistuu, mikä selittää pitkälti liikunnan edistämisen haastavuutta. Yleisimmin liikkumista selittävät tekijät luokitellaan liikkajaan liittyviin, ympäristöön liittyviin sekä itse liikuntaan liittyviin tekijöihin. Näitä tekijöitä voidaan ryhmitellä edelleen sen mukaan, ovatko ne esiintyneet menneisyydessä vai nykyisyydessä. (Vuori 2001, 79-81, Vuori 2005b, 647-648.)

Suomalaisten liikunnan harrastamisen syitä ja motiiveja selvittäneissä tutkimuksissa tärkeimmiksi liikkumisen syiksi ovat osoittautuneet terveys, kunto, rentoutus, virkistys, liikunnan tuottamat elämykset, yhdessäolo, mahdollisuus oman itsen toteuttamiseen, oma rauha sekä liikuntataitojen oppiminen (Aaltonen ym. 2012, 161; Aaltonen, Rintala, Kaprio & Kujala 2011, 28; Poskiparta ym. 2009, 46; Vuori 2003, 42; Vuori 2005a, 625). Erityisesti usko liikunnan terveyttä tuottaviin vaikutuksiin on vahva. Suomalaisista 44 prosenttia uskoi liikunnan kuuluvan kahden tärkeimmän terveyteen vaikuttavan tekijän joukkoon, kun EU-maissa keskiarvo oli 18 prosenttia. 65-84-vuotiaista miehistä yli 80 prosenttia ja naisista vielä useampi hyväksyi väitteen, että liikunta kannattaa aina. Liikunnan lisääminen onkin suomalaisten yleisin elintapojen muuttamispyrkimys. Noin puolet miehistä ja 2/3 naisista kertoi yrittäneensä lisätä liikuntaa terveyssyistä edeltäneen vuoden aikana ja noin neljäsosa miehistä ja 1/3 naisista ilmoitti lisänneensä. (Vuori 2003, 42-43.)

Liikuntaa rajoittavista tekijöistä on vähemmän tutkimustietoa kuin liikunnan harrastamisen syistä. Olemassa olevien tutkimustietojen valossa liikunnan harrastusta yleisimmin rajoittavia tekijöitä ovat ajan puute, väsymys, sairaudet, kiinnostuksen puute, muut harrastukset ja helposti saavutettavien liikuntapaikkojen puute. Sen sijaan välineiden, varusteiden, seuran ja ohjauksen puute sekä kustannukset ovat harvemmin esitettyjä syitä liikkumattomuudelle. (Aaltonen ym. 2012, 161; Poskiparta ym. 2009, 46; Vuori 2003, 45; Vuori 2005a, 625.) Oletettavasti nykyihmisen liikkumista vähentävät myös kilpailevat ajanvietteet, kuten media, jonka parissa vietetään vuosi vuodelta yhä enem-

män aikaa (Meriläinen 2007, 13). Liikkumisen vähentyessä liikuntakynnys myös nousee. Lapsilla liikuntataidot saattaa jäädä hankkimatta ajanvietteiden passivoitumisen myötä. Mitä vähemmän liikutaan, sitä vaikeampaa on päästä vaiheeseen, jossa liikkuminen alkaisi palkita ja sitä kautta edistää itse itseään. (Meriläinen 2007, 12.) Ilahduttavaa kuitenkin on, että eurooppalaisessa tutkimuksessa vain kuusi prosenttia suomalaisista ilmoitti liikuntaan osallistumisen jarruksi ”ei tarvetta”, kun EU-maiden keskiarvo oli 12 prosenttia. (Vuori 2003, 45-46.) Seuraavissa kappaleissa perehdytään tarkemmin keskeisiin liikuntakäyttäytymistä määritteleviin tekijöihin.

3.1.1 Ympäristötekijät

Erityisesti vähän liikkuville välitön elinympäristö on merkittävä liikkumista säätelevä tekijä. Fyysisen aktiivisuuden määrä ja muodot riippuvat mm. liikuntapaikkojen saavutettavuudesta, liikkumisympäristön esteettömyydestä ja turvallisuudesta sekä siitä, mikä on asunnon etäisyys arjen asiointipaikoista. (Husu ym. 2011, 65; Paronen & Nupponen 2011, 193.) Välittömien asuinympäristöjen esteettömyys sekä liikuntaan soveltuvat luonnonolot ovat olennaisia arkiliikunnan edellytyksiä. Kevyen liikenteen yhtenäiset ja tasaiset reitit houkuttelevassa viherympäristössä ovat tärkeitä, sillä kevyen liikenteen väylät ovat suomalaisten suosituin ja tärkein liikuntapaikka. (Kansallinen liikuntatutkimus 2009-2010, 14; Opetusministeriö 2008, 15; Vuori 2011c, 233.) Matalan kynnyksen lähiliikuntapaikat ovat merkityksellisiä, sillä ne soveltuvat lähes koko väestölle eivätkä edellytä sitoutumista jäsenyys-, osallistumis- ja tilamaksuihin tai tiettyihin harrastusaikoihin. Ministeriöt ovatkin käynnistäneet mm. koulujen ja vanhainkotien pihoihin, puistoihin ja kevyen liikenteen väyliin liittyviä hankkeita. Arkiliikunnan mahdollistavan lähiympäristön tärkeys korostuu erityisesti työikäisillä perheellisillä ihmisillä, joilla ei useinkaan ole aikaa ja mahdollisuuksia lähteä harrastamaan liikuntaa erikseen. (Melkas & Miettinen 2007, 7-8; Opetusministeriö 2008, 15; Vuori 2011c, 233.)

Suurkaupunkien hajanaisen yhdyskuntarakenteen on havaittu olevan yhteydessä väestön ylipainoisuuteen. Tämä ei ole ihme, sillä mikään ei ehkäise arkiliikuntaa niin tehokkaasti kuin niin sanottu autoiluympäristö ja maankäytön hajanaisuus. Parhaiten arki- ja hyötyliikuntaa edistää sellainen kaupunkisuunnittelu, jossa alueet ovat tiiviisti, mutta ei ahtaasti rakennettuja ja sekoittuneita asuin-, palvelu- ja työssäkäyntialueita, joiden reiti-

tys ja etäisyydet suosivat päivittäistä jalkaisin tai pyörällä liikkumista. (Meriläinen 2007, 12; Paronen & Nupponen 2011, 195.) Koettu ympäristöstressi, joka voi aiheutua esimerkiksi melusta, ilmansaasteista ja epäsiististä tai väkivaltaisesta ympäristöstä, vähentää erityisesti iäkkäiden liikkumista jalkaisin ulkona. Sen sijaan elvyttävät ympäristöt, joita luonnehtivat monet luonnon elementit, kuten vesi, puut, pensaat ja avoin tila, kannustavat liikkumaan ja vahvistavat ulkona liikkumisen rentoutumis- ja virkistymiselämyksiä. (Paronen & Nupponen 2011, 193-194.) Tiivistettynä, lähiympäristön esteettisyys, kävely- ja pyöräteiden hyvä kunto ja turvallisuus, kohteiden helppo saavutettavuus ja yhtenäinen katuverkosto ovat yhteydessä kävelyn ja pyöräilyn yleisyyteen omassa asuinympäristössä (Paronen & Nupponen 2011, 196). Vaikka varsinaiseen täsmäliikunnan harjoittamiseen rakennettujen liikuntatilojen ja –hallien merkitystä liikunnan mahdollisuuksien lisäämisessä ei pidä väheksyä, edistetään laaja-alaista tasa-arvoa sekä kansalaisryhmien ja kulttuurien välistä vuorovaikusta parhaiten arkiliikunnan edellytyksiä parantamalla (Opetusministeriö 2008, 15).

Liikkumisaktiivisuuteen vaikuttavat myös kulttuuriset ja sosiaaliset ympäristötekijät. Esimerkiksi Suomessa on perinteisesti ollut vahva liikuntakulttuuri, liikuntaan suhtaudutaan positiivisesti ja se liitetään yleisesti hyvinä pidettyihin arvoihin kuten terveyteen, raittiuteen, elinvoimaisuuteen ja ahkeruuteen. Sosiaalisesti liikkumista tukeva ympäristö puolestaan lisää etenkin naisten ja aloittelevien liikkujien liikunnan harjoittamista. Sosiaalisen tuen muotoja ovat mm. perheenjäsenten, ystävien ja työtovereiden sekä liikunnan ja terveyden ammattihenkilöiden antama konkreettinen liikunnan mahdollistava apu, liikuntaa koskevat tiedot sekä henkinen tukeminen kuten kannustaminen, rohkaiseminen ja palaute. (Vuori 2003, 95.)

3.1.2 Yksilöön liittyvät tekijät

Yksilöön liittyvistä tekijöistä mm. sukupuoli, ikä, perhesuhteet, koulutus- ja tulotaso, ammatti ja etninen tausta ovat yhteydessä liikunnan määrään ja muotoihin. Näihin yksilöiden taustatekijöihin ei pystytä vaikuttamaan, mutta niiden tuntemisesta on hyötyä, kun mietitään kullekin yksilölle tai ryhmälle sopivia keinoja liikunnan edistämiseksi. Myös perinnölliset tekijät vaikuttavat jonkin verran liikuntaharrastuneisuuteen, lähinnä kuitenkin lajivalinnan osalta. Lihasrakenteesta riippuen toiset menestyvät paremmin

kestävyyttä vaativissa lajeissa, toiset taas räjähtävyyttä ja nopeutta vaativissa liikuntamuodoissa. Toki perimällä on osuutta myös luonteen laatuun, mikä suuntaa henkilön kiinnostusta tiettyihin asioihin. Perimää enemmän liikunta-aktiivisuuteen vaikuttavat kuitenkin kotoa saatu malli ja kannustus. (Husu ym. 2011, 58; Meriläinen 2007, 12; Vuori 2011, 86-87.) Sairaudet, oireet sekä huonoksi koettu terveydentila ja kunto ovat luonnollisesti yhteydessä liikunnan harjoittamiseen, yleensä sitä vähentäen (Aaltonen ym. 2012, 161; Vuori 2011, 88).

Liikuntaa ja sen vaikutuksia koskevan tiedon yhteyksistä liikkumisaktiivisuuteen on risiiritaitaisia tutkimustuloksia. Voidaan kuitenkin olettaa, että tiedon yhteys liikunta-aktiivisuuteen on erityisen korkea henkilöillä, jotka pyrkivät ylläpitämään mahdollisimman hyvää terveyttä ja toimintakykyä. Tiedon vaikutus liikunnan edistämässä voi olla myös epäsuora. Mikäli tieto liikunnan terveysvaikutuksista vakuuttaa päättäjät, liikunnan painoarvo päätöksenteossa kasvaa ja liikunnan edellytyksiin panostetaan enemmän. (Vuori 2003, 88-89.) Erityisesti seuraavien psykologisten tekijöiden on havaittu lisäävän liikuntaan osallistumisen todennäköisyyttä: ulospäin suuntautuva persoonallisuus, hyvä psyykinen terveys, henkilön käsitys pystyvyydestä liikuntaan, liikuntaa koskevat aiokemukset, sisäinen motivaatio, liikunnasta nauttiminen, liikunnan hyötyjä koskevat odotukset sekä liikuntakäyttäytymisen suotuisia muutosvaihe (Aaltonen ym. 2011, 28; Aaltonen ym. 2012, 161; Vuori 2003, 90).

Asenteista ja uskomuksista erityisesti henkilön käsitys pystyvyydestä liikuntaan määrittelee suuresti liikunnan harrastamista (Vuori 2003, 91). Pystyvyyssodotuksilla tarkoitetaan henkilön uskomuksia siitä, kuinka hyvin hän pystyy toteuttamaan odotettuun tulokseen johtavaa käyttäytymistä. Pystyvyyssodotukset syntyvät henkilön omien kokemusten ja hänen muista ihmisistä tekemien havaintojen perusteella. (Vuori 2003, 69.) Pystyvyyssodotukset ovat keskeinen tekijä myös liikuntakäyttäytymistä toistaiseksi parhaiten selittävässä teorioissa, eli sosiaalisen kognitiivisen teorian ja pystyvyyssodotusteorian mallissa. Tutkimusten mukaan pystyvyyssodotusten lisäämiseen kannattaa panostaa liikunnan edistämishjelmissä. Keinoina on tarjota kannustusta, neuvontaa ja opastusta sekä mahdollisuus kokeilla mahdollisimman monenlaisia liikuntamuotoja turvallisiksi koetussa ympäristössä ja seurassa. Pystyvyyksäityksiä tulisi vahvistaa etenkin liikunnan harkinta- ja aloitusvaiheessa (kts. transteoreettinen muutosvaihemalli s. 17). Hyvin

suunnitelluissa jo toteutetuissa liikuntaohjelmissa pystyvyyskäsitteet voimistuvat, kun taas huonosti suunnitelluissa (kuten liian vaativat tehtävät tai olosuhteet) ne heikkenevät. (Vuori 2003, 91; Vuori 2011c, 233.)

Toinen asenteisiin ja uskomuksiin liittyvä, ja moniin liikuntakäyttäytymistä selittäviin malleihin sisältyvä liikunta-aktiivisuutta määrittelevä tekijä on liikunnan vaikutuksiin tai seuraamuksiin kohdistuvat odotukset (Vuori 2003, 92). Seuraamus- ja tulosodotuksilla tarkoitetaan henkilön arvioita siitä, mitä seuraamuksia hänen toteuttamansa käyttäytyminen tuottaa (Vuori 2003, 69). Tuotos voi esimerkiksi olla liikunnan aiheuttama välitön vaikutus tai pitkän ajan kuluessa saavutettava tulos, kuten laihtuminen (Vuori 2003, 92-93). Ennen liikuntaan ryhtymistä henkilö pohtii liikunnan vaatimien panostusten ja siitä saatavien palkintojen suhdetta ja tekee liikuntaan liittyvät päätöksensä näiden tekijöiden tasapainon perusteella (Vuori 2003, 66, 94).

Yksi liikunta-aktiivisuutta lisäävä, yksilöön liittyvä tekijä on luonnollisesti liikunnasta nauttiminen (Aaltonen ym. 2011, 28; Aaltonen ym. 2012, 161; Vuori 2003, 91). Monesti lapsuuden aikaiset liikuntakokemukset vaikuttavat radikaalisti liikunnasta nauttimiseen tai sen harrastamiseen aikuisiällä. Koulujen liikuntakasvatusta ja urheiluseurojen toimintaa olisikin kehitettävä niin, että lasten ja nuorten liikuntakokemukset muodostuisivat mahdollisimman myönteisiksi. (Vuori 2011c, 231.) Kouluissa olisi tärkeää keskittyä erityisesti sellaisten liikuntataitojen kehittämiseen, mitkä tukevat elinikäistä harrastusta, kuten hiihto ja uinti, sillä taitojen puute vähentää liikunnan harjoittamista (Vuori 2011c, 233). Myös muut elintavat ja aikaisempi liikuntatausta ovat tutkimuksissa olleet säännöllisessä yhteydessä liikunta-aktiivisuuteen. Elintavoista erityisesti tupakointi vähentää henkilön todennäköisyyttä aloittaa liikunnan harrastamisen. Aiemmin harrastetun liikunnan puolestaan oletetaan lisäävän taipumusta aloittaa liikunta uudelleen. (Vuori 2003, 94.)

Liikuntakäyttäytymistä huomattavasti ehkäiseviä yksilötekijöitä ovat liikunnan koetut esteet, koettu ajan puute ja mielialan häiriöt, kuten masentuneisuus ja neuroottisuus. On huomattavaa, että koetut esteet voivat olla todellisia, objektiivisesti havaittavia esteitä, kuten sopivien liikuntapaikkojen puuttuminen tai lastenhoito-ongelmat. Esteet voivat olla myös subjektiivisia, kuten halu tehdä jotain muuta tai huono sää. (Aaltonen

ym. 2012, 161; Vuori 2003, 93-94; Vuori 2011c, 230-231.) Liikunnan esteiden poistaminen on luonnollisesti liikunnan edistämisen keskeinen tavoite. Etenkin koettujen esteiden poistaminen vaatii kuitenkin hienovaraisuutta ja henkilön itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. (Vuori 2003, 93-94; Vuori 2011c, 230-231.)

3.1.3 Altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät

Yksilön liikuntakäyttäytymistä määritteleviä tekijöitä voidaan luokitella myös niiden roolin mukaan altistaviin, mahdollistaviin ja vahvistaviin tekijöihin. Nämä tekijät on poimittu terveyden edistämisen suunnittelussa ja arvioinnissa laajasti käytetystä Greenin & Kreuterin (1999) Precede-Proceed mallista. Altistavat tekijät ovat olemassa henkilöllä jo ennen mahdollista liikuntakäyttäytymistä ja nimensä mukaisesti positiivisessa muodossaan ne altistavat henkilöä aloittamaan liikunnan (Vuori 2003, 102). Altistaviin tekijöihin lukeutuu tieto, uskomukset, arvot, asenteet, tuntemukset ja odotukset (Räsänen 2010, 111-112; Vuori 2003, 102; Vuori 2011c, 232). Myös mahdollistavat tekijät ovat olemassa jo ennen käyttäytymisen toteuttamista ja tekevät liikuntakäyttäytymisen mahdolliseksi. Niihin kuuluvat esimerkiksi liikuntataidot, riittävä kunto ja terveys, tarvittava aika, käytettävissä olevat liikuntapaikat, välineet, varusteet ja palvelut. Vahvistavat tekijät sen sijaan muodostuvat liikuntakäyttäytymisen aikana ja positiivisessa muodossaan ne pitävät yllä toivottua käyttäytymistä. Vahvistavia tekijöitä ovat sosiaalisen tuen eri muodot sekä käyttäytymisen aikaansaamat seuraukset, kuten sen tuottamat positiiviset kokemukset ja konkreettiset tai symboliset palkinnot ja vaikutukset. (Räsänen 2010, 113-114; Vuori 2003, 102; Vuori 2011c, 232.) Vuori (2003, 103) on todennut altistavien, mahdollistavien ja vahvistavien tekijöiden yhteisvaikutuksesta ja merkittävydestä liikunnan edistämisessä seuraavaa: ”Halukkuus ilman mahdollisuuksia johtaa turhautumiseen, ja mahdollisuuksien tarjoaminen ilman samanaikaista halukkuutta merkitsee voimavarojen tuhlausta. Ilman vahvistamista ja tukea aloitettu liikunta saattaa jäädä tilapäiseksi.” Liikunnan valitsemisen todennäköisyyttä suurennetaan lisäämällä sille altistavien, sen mahdollistavien ja sitä vahvistavien tekijöiden määrää ja yhtäaikaista esiintyvyyttä (Vuori 2003, 106).

3.2 Liikuntaneuvonta ja transteoreettinen muutosvaihemalli

Liikuntaneuvonnalla tarkoitetaan liikunta- tai terveydenhuoltoalan ammattilaisen ja asiakkaan välistä keskustelemaa vuorovaikutusta tai neuvottelua, jonka tavoitteena on tukea asiakasta tämän liikuntaan liittyvien haasteiden ratkaisemisessa ja sitä kautta avustaa asiakasta kohti liikunnallisempaa elämäntapaa. Pelkkien yleisten neuvojen tai kehoitusten jakamista ei vielä voida pitää liikuntaneuvontana, vaan henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan tulisi aina sisältää ammattilaisen perehtymisen kyseisen asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin sekä yksilöllisten ratkaisujen etsimistä. (Nupponen & Suni 2011, 213-214; Vuori 2003, 142-143.) Liikuntaneuvonnan tuloksena tavoitellaan muutoksia asiakkaan ajattelussa sekä käyttäytymisessä ennen kaikkea niin, että asiakas oppisi keinoja hyödyntää liikuntaa omien pyrkimystensä välineenä. Tavoitteisiin tähdätään asiakkaan omia tietoja ja taitoja kehittämällä, ei valmiita ratkaisuja tarjoamalla. Hyvää neuvontaa luonnehtii asiakkaan kuuleminen, asiakkaan aktiivinen osallistuminen, asteittainen eteneminen sekä keskittyminen ongelmanratkaisuun. Liikuntaneuvojalta edellytetään tietoa liittyen neuvontaprosessin suunnitteluun ja toteuttamiseen, haastatteluteknikoihin sekä neuvonnan teoreettisiin perusteisiin, kuten siihen, miten ihmisen ajattelun ja tottumusten muutoksiin voidaan vaikuttaa. (Nupponen & Suni 2011, 213-214; Vuori 2003, 143.)

Liikuntaneuvonta voi saada alkunsa asiakkaan esittämästä huolen aiheesta tai terveydenhuoltoalan ammattilaisen esimerkiksi terveystarkastuksen yhteydessä tekemästä huomiosta tietystä riskitekijästä (Nupponen & Suni 2011, 213). Onnistuneessa liikuntaneuvonnassa tullaan aina johonkin tulokseen tai ratkaisuun. Useasti se on asiakkaalle räätälöity liikuntasuunnitelma lähitulevaisuuteen, jota hänen on määrä kokeilla, ja jota muokataan asiakkaan tarpeisiin sopivaksi lähikuukausien aikana. (Nupponen & Suni 2011, 214.) Liikuntaneuvonnan tuloksellisuuden kannalta on ehdottoman tärkeää, että asiakassuhde jatkuu ensimmäisen tapaamisen jälkeen ja asiakkaan kanssa sovitaan, miten hänen etenemistään seurataan. Seurantaan ei ole olemassa mitään yksiselitteistä ohjeistusta. Se voi tapahtua kasvotusten tai puhelimitse, muutaman viikon tai kuukausien välein, jopa puolivuositain. Seurannan tarve riippuu ennen kaikkea asiakkaan tarpeista ja toiveista. Aloitteleva, epävarma tai ei voimakkaasti motivoitunut tarvitsee enemmän tukea, kannustusta ja seurantaa kuin vahvasti motivoitunut tai jo liikuntaa aiemmin harjoittanut henkilö. (Nupponen & Suni 2011, 224; Vuori 2003, 143.)

Liikuntaneuvonnan antaja tarvitsee neuvonnan perustaksi tietoja asiakkaan liikunnan tuloksiin liittyvistä odotuksista, asiakkaan aikaisemmasta ja nykyisestä liikunnan harrastamisesta ja siihen kohdistuvista asenteista ja mieltymyksistä. Lisäksi liikuntaneuvojan tulee tietää asiakkaan terveydentilasta sekä elämäntilanteesta, kuten liikunnan harrastamiseen mahdollisesti vaikuttavista perhe-, asuin- ja työolosuhteista, käytettävissä olevista liikuntamahdollisuuksista sekä vapaa-ajanviettotavoista. (Nupponen & Suni 2011, 213-214; Vuori 2003, 143.) Näiden tietojen perusteella asiantunteva liikuntaneuvoja pystyy usein myös määrittämään asiakkaan liikunnan muutosvalmiuden. Tämä on yksi liikuntaneuvonnan ehdottomista kulmakivistä. Liikuntaneuvontaa ei ole mielekästä, eikä tarkoituksenmukaista toteuttaa huomioimatta asiakkaan liikuntakäyttäytymisen omaksumisen vaihetta. Jokaisessa vaiheessa on erotettavissa tietyt, vain sille vaiheelle tyypilliset tekijät, jotka edistävät tai jarruttavat muutosta. Näin ollen liikuntaneuvojan tulee valita tietyssä vaiheessa olevan henkilön kohdalla sille vaiheelle sopivat keinot ja toimintatavat muutoksen avustamiseksi. (Nupponen & Suni 2011, 215; Vuori 2003, 71.)

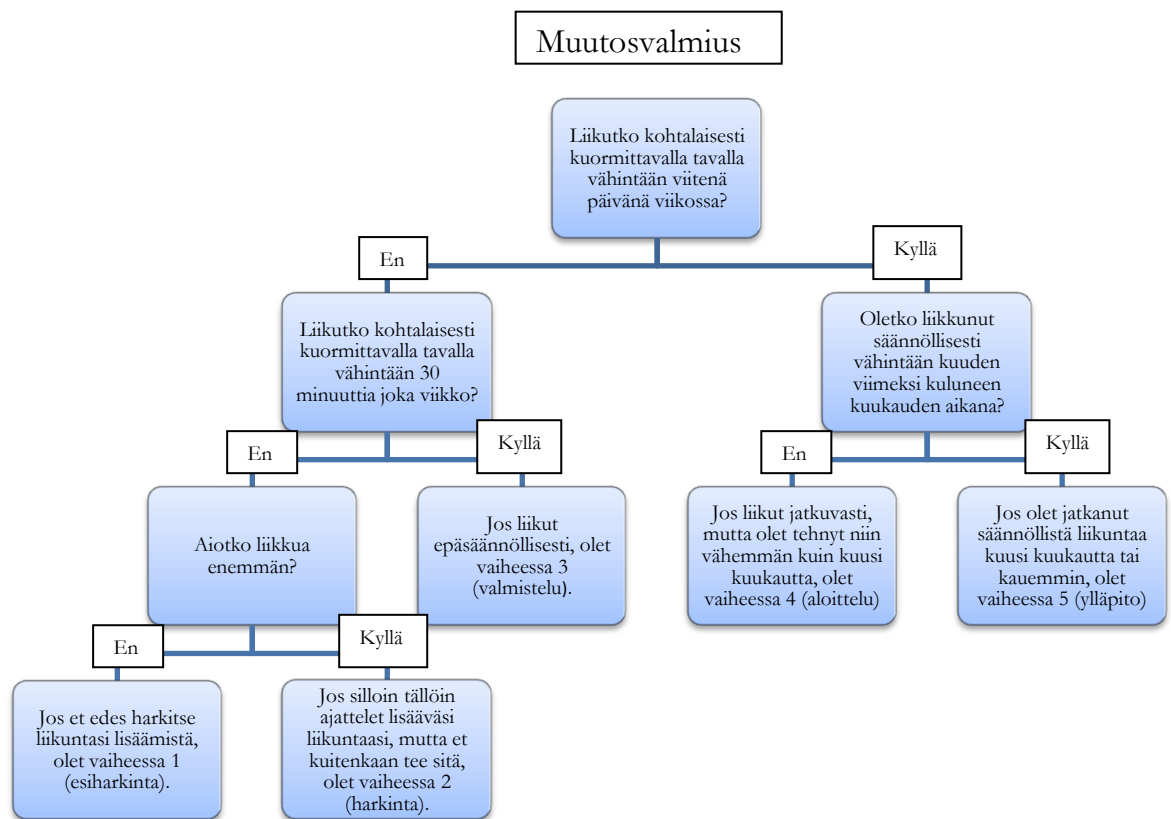
Paljon liikunnan edistämässä käytetty transteoreettinen muutosvaihemalli kehitettiin alun perin tupakasta vieroittautumisen avuksi. Sen taustalla on ajatus, että käyttäytymisen muutos tapahtuu dynaamisesti vaiheesta toiseen, eikä ole suoraviivaista. Vaiheesta toiseen siirtyminen edellyttää, että sille vaiheelle ominaiset ongelmat on ratkaistu. Muutos voi myös tapahtua taaksepäin tai olla pysähtynyt. (Vuori 2003, 71-72.) Transteoreettinen malli sisältää viisi vaihetta. Esiharkintavaiheessa oleva henkilö suhtautuu liikuntaan kielteisesti tai välinpitämättömästi, eikä ole kiinnostunut sen aloittamisesta. Henkilö ei tiedosta liikunnan tarvetta, ei näe sitä tarpeelliseksi itselleen tai kokee liikunnan aloittamisen mahdottomana sen hetkisessä elämäntilanteessaan. Esiharkintavaiheesta seuraavaan, eli harkintavaiheeseen siirtymisen ylykkeenä voivat olla esimerkiksi henkilön saamat uudet tiedot terveydestään tai hänen kokema myönteinen liikunnallinen elämys. Harkintavaiheessa henkilö ei vielä harjoita liikuntaa, mutta harkitsee sen aloittamista. Hän tiedostaa jo jonkin verran liikunnan tarpeellisuuden tai sen tuottamia hyötyjä itselleen ja harkitsee liikunnan aloittamista tulevaisuudessa.

Harkintavaihetta seuraavassa valmisteluvaiheessa henkilö on päättänyt aloittaa liikunnan ja hän saattaa tehdä valmisteluja sitä varten, kuten selvittää liikuntamahdollisuuksia tai hankkia liikuntavarusteita. Valmisteluvaiheeseen katsotaan kuuluviksi myös ne henkilöt, jotka harjoittavat liikuntaa epäsäännöllisesti, eivätkä ole aikomuksessa lisätä liikuntaa. Valmisteluvaiheen kautta siirrytään aloitteluvaiheeseen, jossa henkilö on aloittanut säännöllisen liikkumisen, mutta liikunnan jatkuminen on vielä epävarmaa. Koska kokemuksen mukaan suurin osa liikunnan aloittaneista liikunnan keskeyttäjäistä keskeyttää liikunnan ensimmäisten kuuden kuukauden kuluessa, siirtyy henkilö ylläpitovaiheeseen vasta kun hän on harjoittanut säännöllistä liikuntaa yli puolen vuoden ajan ja hänellä on aikomus jatkaa liikunnan harrastamista vakiintuneena tapana. Pitkän ajan liikunnan harjoittamisen jälkeenkin henkilö voi kuitenkin ”taantua” johonkin aikaisemmista vaiheista. Tyypillisesti liikunnan harrastaminen vaihtelee ihmisillä koko elämän ajan mm. elämäntilanteesta johtuen. (Vuori 2003, 73-74; Vuori 2005b, 653.) Katkoja ja repsahduksia voidaan kuitenkin välttää liikuntaneuvonnan avulla miettimällä jo etukäteen sellaisia tekijöitä, tilanteita tai ajanjaksoja, jotka saattavat haitata liikunnan harrastamista tai estää sen jatkamisen (Nupponen & Suni 2011, 218).

Transteoreettisessa mallissa vaiheesta toiseen siirtymistä säätelee pitkälti henkilön pysyvyyssodotukset tavoitteena olevan käyttäytymisen toteuttamiseen sekä käyttäytymiseen liittyvien panosten ja hyötyjen punninta. Esiharkintavaiheessa olevaa henkilöä voi motivoida lisäämällä hänen tietoisuuttaan liikunnan vaikutuksista juuri hänen hyvinvointiaan ajatellen ja erilaisista hänelle sopivista liikuntamahdollisuuksista. Harkintavaiheessa puolestaan on tärkeää pyrkiä vähentämään liikuntaan liittyviä kielteisiä ajatuksia ja kokemuksia ja pyrkiä pitämään liikunnan panos-hyötysuhde mahdollisimman suurena. Valmistelu- ja aloitteluvaiheessa henkilöä tulee kannustaa pohtimaan erityisesti liikunnalle asettamia tavoitteitaan ja hänen mahdollisuuksiaan toteuttaa tavoitteisiin pääsemistä mahdollistavia liikuntamuotoja. Tässä vaiheessa on myös tärkeää tukea asiakkaan liikuntakokeiluja. Asiakkaat, joilla on vähän aikaisempia liikuntakokemuksia saattavat tarvita hyvinkin konkreettista opastusta, liikuntaharrastuksiin saattamista tai liikuntakaveria. Ylläpitovaiheessa on tärkeää pyrkiä vahvistamaan liikunnan positiivisia fysiologisia, psyykkisiä ja sosiaalisia vaikutuksia.

On muistettava, että liikunnan aloittamista edistävät tekijät eivät ole samoja, kuin ne, jotka auttavat jatkamaan aloitettua liikuntaa. Mitä lähempänä alkua henkilö on liikunnan muutosvaiheissa, sitä enemmän hän käyttää kognitiivisia prosesseja liikuntaa harkitessaan. Aktiivisessa liikunnan harrastamisen vaiheessa henkilö puolestaan perustelee liikuntaa sen tuottamien ja siihen liittyvien kokemusten ja tuntemusten perusteella. (Nupponen & Suni 2011, 215-216; Vuori 2003, 75; Vuori 2005b, 653.) Tähän liittyy käsitys sisäisestä ja ulkoisesta motivaatiosta. Useimmiten liikunnan aloittelija harrastaa liikuntaa joidenkin ulkoisten palkkioiden vuoksi, kuten laihtuakseen tai sosiaalista arvostusta saadakseen. Liikunnan jatkuvuuden kannalta sisäisen motivaation löytäminen on erittäin tärkeää, sillä on havaittu, että ulkoiset motivaatiotekijät harvemmin riittävät ylläpitämään säännöllistä liikuntaharrastusta. Kun henkilö on sisäisesti motivoitunut, häntä motivoi liikunnan harjoittamiseen itse liikkumiseen liittyvät asiat ja tuntemukset, kuten liikunnasta nauttiminen. On kuitenkin muistettava, että sisäistä motivaatiota on vaikeaa saavuttaa, jollei mikään ulkoinen motivaatiotekijä ohjaa henkilöä liikunnan koekemiseen. Monessa tapauksessa ulkoinen motivaatio mahdollistaa sisäisen motivaation syntymisen. (Aaltonen ym. 2011, 28; Aaltonen ym. 2012, 157, 161.)

Asiakkaan liikunnan muutosvaiheen määrittämiseksi terveydenhuollon käyttöön on kehitetty malleja ja kaavioita, joista ohessa esitetään Blairin ym. (2001) kehittämä malli (kuvio 2). Kokenut liikuntaneuvoja osaa päätellä asiakkaan muutosvaiheen jo perusteellisen haastattelun perusteella, mutta kaavion käyttö on perusteltua etenkin tilanteessa, jossa aikaa on vähän tai liikuntaneuvonnan tarpeen määrittelevältä henkilöltä puuttuu kokemusta. Muutosvaiheen määrittäminen on mielekästä niin asiakkaan kuin neuvojan kannalta ja säästää monesti molempien resursseja. Varsinaisesta liikuntaneuvonnasta ei ole hyötyä ihmiselle, joka suhtautuu täysin välinpitämättömästi sekä liikuntaan että terveyteen. Muutosvalmiuden ydin on omakohtaisuuden oivaltaminen; liikunnalla voi olla jotain annettavaa juuri minulle. (Nupponen & Suni 2011, 215.)



Kuvio 2. Liikunnan muutosvaiheen määrittämisen kaavio (mukailtu lähteestä Blair ym. 2001)

3.3 Liikuntaneuvonnan työkaluja

Valitettavasti henkilökohtainen liikuntaneuvonta ulottuu tällä hetkellä vain pieneen osaan väestöstä. Liikuntaneuvontaa olisi perusteltua lisätä avoterveydenhuollossa ja kunnallisissa liikuntapalveluissa vähän liikkuvien tavoittamiseksi. (Paronen & Nupponen 2011, 191.) Henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan on osoitettu olevan tehokasta etenkin niissä väestöryhmissä, joiden muutosvalmius on hyvä, eli niiden kohdalla, jotka ovat tiedostaneet liikunnan merkityksen omalle hyvinvoinnilleen ja kokevat jonkin ongelman nykyisen liikkumisensa ja tavoitteen välissä. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta myös tukee ja lisää muiden liikunnanedistämiskeinojen vaikuttavuutta, kuten yhteisöille suunnattua viestintää. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 94.)

Kun liikuntaneuvonta käsitetään liikuntaneuvojan ja asiakkaan väliseksi pitkäjänteiseksi yhteistyöksi, jota luonnehtii tasavertainen keskustelu ja asiakkaan voimaantuminen, on

sanomattakin selvää, että liikuntaneuvonta vaatii huomattavia voimavaroja. Liikuntaneuvonnan laajaa käyttöä terveydenhuollossa haittaavat lisäksi monet asenteisiin, arvostuksiin, tiedon ja kokemuksen puutteisiin, työtapoihin, koulutukseen ja yhteisten käytäntöjen puutteisiin liittyvät tekijät. Tämän vuoksi erityisesti terveydenhuollon käyttöön on kehitetty malleja ja keinoja, joiden avulla pystytään puuttumaan asiakkaan liikkumattomuuteen silloinkin, kun käytössä ei ole varsinaisia erillisiä resursseja liikuntaneuvonnalle. (Nupponen & Suni 2011, 224; Vuori 2003, 144.) Vaikka seuraavassa esiteltävät mallit on kehitetty Uudessa Seelannissa ja Yhdysvalloissa, vaikuttavat ne käyttökelpoisilta Suomen oloihin ja voisivat olla helppokäyttöisiä ja tehokkaita työkaluja liikuntaneuvonnan toteuttamiseen terveyskioskeissa ja muissa vastaavissa asiakaskontaktin sisältävissä matalan kynnyksen terveyspalvelupisteissä.

3.3.1 Kuuden K:n menetelmä

Alun perin tupakasta vieroittamiseen kehitetty kuuden K:n menetelmä pohjautuu käyttäytymisteoreettisiin malleihin, joiden ajatuksena on, että täsmällisellä ja määrätietoisella kehotuksella voidaan edistää toivottua käyttäytymismuutosta. Kuuden K:n menetelmä on luotu helppokäyttöiseksi ja selkeäksi työkaluksi terveydenhuollon asiakaskontaktihin ja sen teho perustuu sen määrällisesti aktiiviseen käyttöön. Nimi tulee sanoista Kysy – Kirjaa – Keskustele – Kehota – Kontrolloi ja Kannusta. Ensimmäisenä lääkäri tai hoitaja kysyy asiakkaalta tämän liikuntatottumuksista osana muiden käyntiin liittyvien asioiden selvittämistä. Asiakkaan liikuntatottumukset kirjataan ylös potilastietojärjestelmään pohjaksi neuvojen antamiselle ja seurannalle. Tämän jälkeen joko saman käynnin yhteydessä tai seuraavalla asiakaskäyntikerralla lääkäri tai hoitaja keskustelee asiakkaan kanssa tämän liikuntatottumuksista ja liikuntaan liittyvistä asenteista ja mieltymyksistä. Olennaista on saada selville asiakkaan kanta liikuntaan ja tämän muutosvalmiusvaihe tottumusten muuttamiseen, mikäli siihen ilmenee tarvetta. Mikäli näin on, lääkäri tai hoitaja antaa asiakkaalle kehotuksen suotaviin muutoksiin ottaen huomioon asiakkaan sen hetkisen muutosvalmiuden ja mieltymykset. Neuvontaa voi tehostaa esimerkiksi antamalla asiakkaalle liikuntamateriaalia, tietoa liikuntamahdollisuuksista ja sen hyödyistä. Kun asiakkaan kanssa on sovittu tavoitellusta käyttäytymismuutoksesta, sovitetaan miten asiakkaan edistymistä seurataan. Ennen asiakkaan poistumista on tärkeää hyvästellä asiakas positiivisin neuvoin ja kannustuksin. Kannustaminen voi olla tunnus-

tusta asiakkaan aiemmasta liikkumisesta tai sen yrittämisestä, tai rohkaisevien neuvojen antamista liikunnan aloittamiseksi tai siihen liittyvien hankalien tilanteiden varalta. Taitavasti toteutettuna kuuden K:n menetelmä on helppo ja kustannustehokas työkalu terveytensä kannalta liian vähän liikkuvien henkilöiden tavoittamiseksi ja aktivoimiseksi. Taitamattomasti käytettynä se voi kuitenkin olla syyllistävä ja tunkeileva ja toimia näin itseään vastaan. (Vuori 2003, 144-146.)

Vastaavia, liikuntaneuvonnan minimikriteerit hahmottamaan auttavia työkaluja on muitakin, kuten viiden A:n periaate, Arvioi – Anna tietoa – Aseta – Auta – Aikatauluta (Ainsworth & Youmans 2002, 73; Aittasalo & Vasankari 2011, 198). Niiden suurin etu on siinä, että niiden laaja-alainen käyttöönotto osoittaa, että sairaanhoitopiiri tai yksikkö tunnustaa liikunnan merkityksen sairauksien ehkäisyssä ja hyvinvoinnin lisäämisessä. Lisäksi kaikille työntekijöille annetaan mahdollisuus puuttua helposti asiakkaan liikkumattomuuteen ja neuvonta tapahtuu yhtenäisellä tavalla. Näin ollen myös neuvonnan vaikutusten seuranta helpottuu. (Aittasalo & Vasankari 2011, 198.)

3.3.2 Pace-menetelmä

Yhdysvalloissa kehitetty Pace-menetelmä on edellä esitettyä Kuuden K:n menetelmää perusteellisempi, mutta varsinaista liikuntaneuvontaa kevyempi keino liikunnan edistämiseen terveydenhuollon asiakaskontakteissa. Pace-menetelmä perustuu transteoreettiseen muutosvaihemalliin. Menetelmä etenee niin, että asiakas täyttää kotonaan tai odottaessaan vastaanotolle pääsyä 11-kohtaisen lomakkeen, jonka vastausten perusteella hänet luokitellaan liikunnan suhteen välinpitämättömäksi, harkitsijaksi tai aktiiviseksi. Tämän lisäksi asiakas täyttää toisen lomakkeen, jossa selvitetään kysymysten avulla hänen liikkumiseen liittyviä riskejään, kuten sydäntautien olemassaolo tai riskitekijät. Terveystietojen perusteella asiakas luokitellaan kelpoiseksi joko rasittavaan tai kohtalaisesti kuormittavaan liikuntaan tai lisätutkimuksiin ennen liikunnan aloittamista. Lääkärin olisi hyvä saada edellä mainitut täytetyt lomakkeet käyttöönsä ennen asiakkaan tapaamista.

Lomakkeista saatavien tietojen perusteella lääkäri valitsee asiakkaan liikunnan muutosvaihetta vastaavan kirjallisen opasteen, jonka hän käy läpi asiakkaan kanssa. Opastus

painottuu erityisesti pystyvyyden tunteisiin, liikunnan koettuihin esteisiin ja sosiaaliseen tukeen. Välinpitämättömästi liikuntaan suhtautuvien kanssa lääkäri keskustelelee siitä, mitä hyötyä liikunnasta voisi olla henkilölle ja miksi hän ei liiku. Asiakas saa mukaansa ohjeistuksen, jossa kerrotaan liikunnan hyödyistä, liikunnan mahdollisista esteistä ja keinoista niiden poistamiseen. Harkintavaiheessa olevia asiakkaita lääkäri kehottaa laatimaan konkreettisen ja realistisen suunnitelman liikunnan aloittamiseksi ja pohtimaan suunnitelmassa myös liikkumista tukevia henkilöitä ja toteuttamisen esteitä. Asiakas ja lääkäri allekirjoittavat suunnitelman sitoutumisen merkiksi ja sopivat seurannasta. Asiakas saa mukaansa tietopaketin esimerkiksi erilaisista liikuntamuodoista ja liikuntapäiväkirjalomakkeen. Liikunnallisesti aktiivisten asiakkaiden kanssa lääkäri käy läpi asiakkaan nykyistä liikunnan harrastamisen määrää, muotoja ja intensiteettiä, ja antaa tämän perusteella mahdollisia muutossuosituksia. Lisäksi lääkäri keskustelelee asiakkaan kanssa siitä, miten varautua mahdollisiin liikunnan keskeytymisiin ja miten päästä niistä yli ilman syyllisyydentuntoa. Asiakkaalle jäävissä papereissa on ohjeita tapaturmien ehkäisyyn ja ”repsahdusten” välttämiseen. Myös aktiivien kanssa lääkäri sopii seurannasta. Pace-menetelmän käyttöä on tutkittu Yhdysvalloissa ja Hollannissa ja tulokset ovat olleet rohkaisevia. Menetelmän on osoitettu lisäävän passiivisten henkilöiden liikuntaa. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että liikunnan muutosvaiheen mukaan toteutettu neuvonta on erityisen tehokasta. (Ainsworth & Youmans 2002, 70-73; Vuori 2003, 144, 146-148.)

3.3.3 Liikkumisresepti

Liikkumisresepti on suomalainen, valtakunnallisessa yhteistyöhankkeessa yhdessä Suomen Reumaliiton, Suomen Lääkäriliiton, Suomen Sydänliiton, UKK-instituutin, KKI-ohjelman ja Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa kehitetty, lääkäreiden käyttöön tarkoitettu työkalu liikuntaneuvonnan helpottamiseksi vastaanotolla (Ståhl 2005, 6, 11). Reseptin tarkoituksena on jäsentää ja lisätä lääkäreiden antamaa liikuntaneuvontaa ja lisätä ennen kaikkea riskiryhmiin kuuluvien potilaiden liikkumista (Aittasalo & Vasankari 2011, 199). Liikkumisreseptihanke sai alkunsa Australiassa, Uudessa-Seelannissa ja Yhdysvalloissa saaduista hyvistä kokemuksista liikkumisreseptiä vastaavan kirjallisen liikuntaohjeen käytöstä lääkäreiden vastaanotoilla. Liikkumisreseptihanke alkoi vuonna 2001 ja päättyi vuonna 2004, minkä aikana resepti ke-

hittyi lopulliseen muotoonsa ja reseptilomakkeen, reseptiin liittyvän koulutuksen ja käyttöoppaan toimivuutta testattiin. Lisäksi koulutettiin aluekouluttajia liikkumisreseptin käyttöön liittyen ja reseptiä markkinoitiin hankkimalla sille julkisuutta terveysalan ammattijulkaisuissa ja esittelemällä hanketta terveysalan seminaareissa. (Ståhl 2005, 6, 11.)

Liikkumisreseptiin kirjataan asiakkaalle yksilöllinen liikkumisohje. Lääkäri täyttää liikkumisreseptin keskustellen samanaikaisesti potilaan kanssa liikunta-asioista. Liikkumisresepti sisältää kohdat 1) asiakkaan tämän hetkisestä liikkumisesta ja siitä, onko se terveyden kannalta riittävää 2) liikkumisen terveysperusteista tai tavoitteista 3) uudesta liikkumisohjeesta (lajit, kesto, rasittavuus) 4) lisäohjeiden saamisesta ja 5) toteutumisen arvioinnista ja seurannasta. (Ståhl 2005, 8.) Liikkumisreseptin laatiminen kestää viidestä kymmeneen minuuttiin riippuen siitä, täyttääkö lääkäri sen kokonaan, vai käyttääkö hän sitä lähetteenä esimerkiksi fysioterapeutille, terveydenhoitajalle tai liikuntaneuvojalle. Liikkumisreseptiin tulisi kirjata aina seurantakäynti mahdollisimman tarkkaan toimipisteestä riippuen joko lääkärin tai muun terveydenhuoltoalan ammattilaisen luona. Liikkumisreseptin lisäksi asiakas saa seurantakortin, johon hän voi kirjata ohjeen toteutumisen mukaisen toiminnan ja näin kortti toimii sekä lääkärille että asiakkaalle itselleen toiminnan seuraamisen välineenä. (Aittasalo & Vasankari 2011, 199, 202.)

Liikkumisresepti on todettu sekä suomalaisessa että ulkomaisissa tutkimuksissa käytännölliseksi sekä vaikuttavaksi tavaksi lisätä vähän liikkuvien perusterveydenhuollossa asioivien liikkumista (Aittasalo & Vasankari 2011, 202; UKK-instituutti b). Valitettavasti liikkumisreseptin käyttö on kuitenkin ollut hankkeen päättymisen jälkeen vähäistä (UKK-instituutti b). Tälläkin hetkellä Pirkanmaan alueella on kuitenkin käynnissä UKK-instituutin Liikkumisreseptin kehittämishanke (Lireke), joka pyrkii kehittämään kuntien liikuntaneuvontaa ja -palveluja. Hankkeen yhtenä tavoitteena on selvittää, miten liikkumisreseptin käyttöä voitaisiin lisätä kunnissa. (UKK-instituutti a.)

4 Terveyden edistäminen kunnissa

Kansalaisten terveyden ja liikunnallisen elämäntavan edistäminen kunnissa perustuu monin paikoin kansallisiin lakeihin ja säädöksiin. Merkittävimmin kuntien toteuttamaa terveyden edistämistä säätelevät Perustuslaki (1999), Kuntalaki (1995), Terveydenhuoltolaki (2010) ja Liikuntalaki (1998). Perustuslain 19 §:n mukaan ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä” (Suomen perustuslaki 731/1999). Kuntalain 1 §:ssä puolestaan säädetään, että ”Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestäväää kehitystä alueellaan” (Kuntalaki 365/1995). Terveydenhuoltolain 12 §:n mukaan ”Kunnan on seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin”. 13 §:ssä todetaan, että ”Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Terveysneuvonta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin.” Lisäksi ”Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus muiden kunnan järjestämien palvelujen kanssa.” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Liikuntalain 2 §:n (902/2009) mukaan ”Kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa, tarjoamalla liikuntapaikkoja sekä järjestämällä liikuntaa ottaen huomioon myös erityisryhmät” (Liikuntalaki 1054/1998).

Kunnilla on siis jo lainsäädännön puitteissa laaja vastuu ja velvoitteet asukkaidensa hyvinvoinnista, mutta kuntien laajasta itsehallinnosta ja säädösten velvoittavuuden vaihtelusta johtuen hyvinvointipalveluissa saattaa olla suuria eroja kuntien välillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 6, 8). Niukan talouden oloissa kuntien panostukset kohdistuvat yleensä muihin kuin liikuntapalvelujen kehittämiseen, mikäli liikuntatoimen merkitystä ei ole tiedostettu riittävästi kunnan strategisissa linjauksissa. Kunnat luovat puitteet, jotka vaikuttavat kuntalaisten mahdollisuuksiin kantaa vastuuta terveys- ja liikuntavalmuistaan. (Opetusministeriö 2008, 15-16, 34-35.) Kunnan jokaisen hallinnonalan tehtävät sisältävät kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia ratkaisuja. Ihmisten

arkiympäristöä, kotia, päiväkotia, koulua, työpaikkoja, asuinalueita ja liikennettä koskevat päätökset voivat olla terveyttä vahvistavia tai sitä heikentäviä. (Hyssälä 2006, 11.)

Liikunnan menestyksekkäs edistäminen kunnissa edellyttää, että kunnalla on olemassa terveystoiminnan strategia ja kunnan ylin johto sitoutuu ottamaan terveys- ja liikuntanäkökohdat huomioon kaikessa päätöksenteossa. Kunnan päättäjien on ymmärrettävä ja tunnustettava liikunnan merkittävä yhteiskunnallinen merkitys. Terveystoiminnan edistäminen ei ole mikään yksittäinen toimenpide, vaan kaikkia kunnan toimintoja läpileikkaava tavoite lisätä väestön terveyttä ja vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. (Fogelholm 2006, 48; Fogelholm ym. 2007, 107; Paronen & Nupponen 2011, 194; Sosiaali- ja terveystoiministeriö 2006, 15; Sosiaali- ja terveystoiministeriö 2010, 8-10.) Lisäksi liikunnan edistäminen edellyttää laajaa poikkialueellista yhteistyötä erityisesti kaavoituksen ja teknisen toimen sekä liikuntatoimen välillä. Onnistumisen edellytyksiä parantaa myös kunnan tiivis yhteistyö kunnan alueella toimivien järjestöjen ja yritysten suuntaan. Paikallistaso on kansalaisten arkipäivän tärkein elinympäristö ja kunta on paikallistaso merkittävin hallintoyksikkö. (Paronen & Nupponen 2011, 194.) Keskeisimmät konkreettiset toimet, joita liikunnan edistäminen tarvitsee, ovat neuvonta ja tiedon jakaminen, liikunnan ohjaus sekä liikuntapaikkojen rakentaminen ja niiden kunnossapito. Toimenpiteistä on otettava myös seuranta vastuu. Kehittyminen edellyttää kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyskäytännön, sekä siihen vaikuttamaan pyrkivien toimenpiteiden arviointia ja seuranta. (Fogelholm 2006, 48; Sosiaali- ja terveystoiministeriö 2010, 10.)

Suomalaisen liikuntakulttuurin edellytykset ovat suurelta osin kuntien eri toimialojen, kuten liikuntatoimen, opetus- ja kulttuuritoimen, sosiaali- ja terveystoimen sekä yhdyskunta- ja ympäristötoimen varassa. Varsinaisista liikuntapaikoista kuntien omistuksessa on 70 prosenttia. Kunnat ovat olennainen liikuntapalvelujen tuottaja ja toiminnan järjestäjä liikunta- ja urheiluseurojen rinnalla. Kunnat tukevat myös muita liikuntatoimintaa järjestäviä yhdistyksiä, ohjaavat alueensa päivähoidon, koulujen ja oppilaitosten liikunnanopetusta sekä lasten aamu- ja iltapäivätoimintaa. Lisäksi kuntien tavoitteena on alentaa vähän liikkuvien asukkaistensa kynnystä aloittaa terveytensä ja viihtymisensä kannalta tarpeellinen liikunta. Tässä tehtävässä kunnalla on yhteistyökumppaneina urheiluseurat ja muut kansalaisjärjestöt. Valtio tukee ja ohjaa kuntia terveyden edistämi-

sessä. Meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras-hanke) vauhdittaa kuntaliitoksia ja yhteistoiminta-alueiden muodostumista. Samalla kunnissa panostetaan palvelurakenteiden, tuotantotapojen ja prosessien kehittämiseen palvelujen laadun ja saatavuuden varmistamiseksi ja tuottavuuden parantamiseksi. Päähuomio uudistuksessa on ollut sosiaali- ja terveys- sekä koulutuskysymyksissä. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhtenä tärkeänä tavoitteena on varmistaa yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille. (Kivimäki ym. 2010, 10; Opetusministeriö 2008, 15-16, 34-35.)

Opetusministeriön vuodelta 2008 olevassa Ehdotuksessa kansalliseksi liikuntaohjelmaksi julkisen ohjauksen näkökulmasta esitetään kunnille yhdeksänkohtainen toimenpidesuositus liikunnan edistämiseksi. Toimenpidesuosituksessa numero 8 todetaan seuraavaa:

Liikuntaan kohdistuvaa kunnallista neuvontaa, opastusta ja tukea lisätään ryhmille, jotka muuten jäävät yhteiskunnan instituutioiden ulkopuolelle (työ- ja opiskeluelämän ulkopuolella olevat, eläkeläiset jne.). Kuntien sosiaali- ja terveys- sekä työvoimatoimiston ja KEELA:n palveluihin liitetään liikuntaan liittyvää opastusta ja tukea. Kunnat osoittavat ennalta määriteltyihin palveluihin kohdennettuja liikuntareseptejä, harrastuseteleitä sekä tarvittaessa toimeentulotukea, jotta ko. kansalaisten liikunnan aloittamiseen tai jatkamiseen liittyvät kynnykset voidaan ylittää. (Opetusministeriö 2008, 70.)

Vuori (2003, 151) on puolestaan koonnut kehittämiskohteita liikunnan edistämisen tehostamiseksi terveydenhuollossa. Suositus sisältää kolme kohtaa. Ensimmäinen kohta sisältää asiakkaan liikuntatarpeen arvioinnin joko järjestelmällisen kyselyn, joka on yhtäläinen koko sairaanhoitopiirin sisällä, tai terveystestien perusteella. Toisena kehittämiskohteena on luoda toimiva neuvontajärjestelmä, joka sisältää tehokkaaksi osoitettujen neuvontamallien käytön, selkeän ohjaus- ja lähetejärjestelmän, tarpeellisen koulutuksen ja työnohjauksen, sekä erillisten kuntoneuvoloitten perustamisen tai neuvola-, koulu- ja työterveyshuollon mahdollisuuksien hyödyntämisen. Kolmantena kohtana on yhteistoiminnan kehittäminen kunnallisen liikuntatoimen, liikuntaseurojen ja liikuntaalan yrittäjien kesken. Myös henkilökunnan kannustaminen liikuntaan ja sen tuottama omakohtaisen kokemuksen ja esimerkin tuoma hyöty tulisi ottaa huomioon liikunnan edistämiseksi terveydenhuollossa. Lahden kaupunki on onnistunut toteuttamaan yllä mainittuja tavoitteita ilmeisen hyvin, mistä todisteina ovat olemassa oleva terveystu-

tastrategia, liikuntapalveluketju sekä terveyskioskit, joissa toteutetaan aktiivisesti elintapaohjausta.

4.1 Lahden kaupungin terveysliikuntastrategia ja liikuntapalveluketju

Lahden kaupunkiin valmistui vuonna 2007 Terveysliikuntastrategia yhteistyössä Lahden kaupungin Sivistystoimialan liikuntapalvelujen ja Sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Terveysliikuntastrategia sisältää tietoa terveysliikunnan merkityksestä terveyden edistämässä, liikuntaneuvonnasta osana terveysliikunnan edistämistä sekä Lahden terveysliikuntastrategian lähtökohdat, terveysliikuntaa edistävän toiminnan nykytilan analyysin sekä varsinaisen strategian terveysliikunnan edistämiseksi. (Packalén 2007, 2.)

4.1.1 Terveysliikuntastrategian taustaa

Terveysliikuntastrategian tarpeellisuutta Lahdessa puolustaa ennen kaikkea kaupungin muita suurkaupunkeja vanhuspainotteisempi väestörakenne sekä sosiaaliset ongelmat (Kivimäki ym. 2010, 11; Packalén 2007, 10). Toisaalta, lähtökohdat liikunnan edistämiseksi ovat hyvät. Kaupungissa on vahva talviurheilukulttuuri ja kaupunki tarjoaa kunta- ja laisten käyttöön noin sata liikuntapaikkaa. Viime vuosina kehittämisen kohteina ovat olleet keskustan pyörätieverkosto, lähiliikuntapaikat ulkokuntoiluvälineineen sekä erityisesti erityisliikuntaryhmien tarpeeseen vastaava Mäkikatsomon sisäliikuntatila. Terveysliikunnan edistäminen on ollut keskeisenä tavoitteena viime vuosien liikuntapaikkarakentamisessa. Lisäksi Lahdessa on runsaasti yksityisten tahojen ylläpitämiä liikuntapaikkoja ja -palveluja. (Lahden kaupunki/liikuntapalvelut; Packalén 2007, 10-11.)

4.1.2 Terveysliikuntastrategia

Lahden kaupungin terveysliikunnan visioksi on kirjattu seuraavaa: ”Lahden kaupungin terveysliikuntastrategian visiona on pysyvien toimintamallien ja palveluketjujen luominen eri toimialojen välille ennaltaehkäisevän toiminnan, omavastuun ja terveysliikunnan edistämiseksi lahtelaisten keskuudessa.” (Packalén 2007, 15.) Sektorirajat ylittävä yhteistyö nähdään siis terveysliikunnan edistämisen lähtökohtana. Terveysliikuntastrategia sisältää yhteensä kuusi kokonaistavoitetta:

1. Lisätä ennaltaehkäisevällä työllä ja terveystoimen avulla kaikkien lahtelaisten aktiivista elämäntapaa, yhteisöllisyyttä ja hyvinvointia.
 2. Lisätä lahtelaisten tietoja ja taitoja terveystoimen vaikutuksista ja liikuntamahdollisuuksista.
 3. Huolehtia monipuolisen koulutuksen avulla, että sosiaali- ja terveystoimen henkilökunta hallitsee ja käyttää motivoivaa haastattelua ja liikkumattomuuteen välitöntä puuttumista työmenetelmänä.
 4. Panostaa riskiryhmiin kuuluvien terveystoimeen.
 5. Tehdä poikkihallinnollista yhteistyötä terveystoimen toteutumiseksi ja hyödyntää mahdollisuudet myös muiden yhteistyötahojen kanssa.
 6. Huomioida aktiivinen elämäntapa palvelujen järjestämisessä sekä ostopalveluissa.
- (Packalén 2007, 15.)

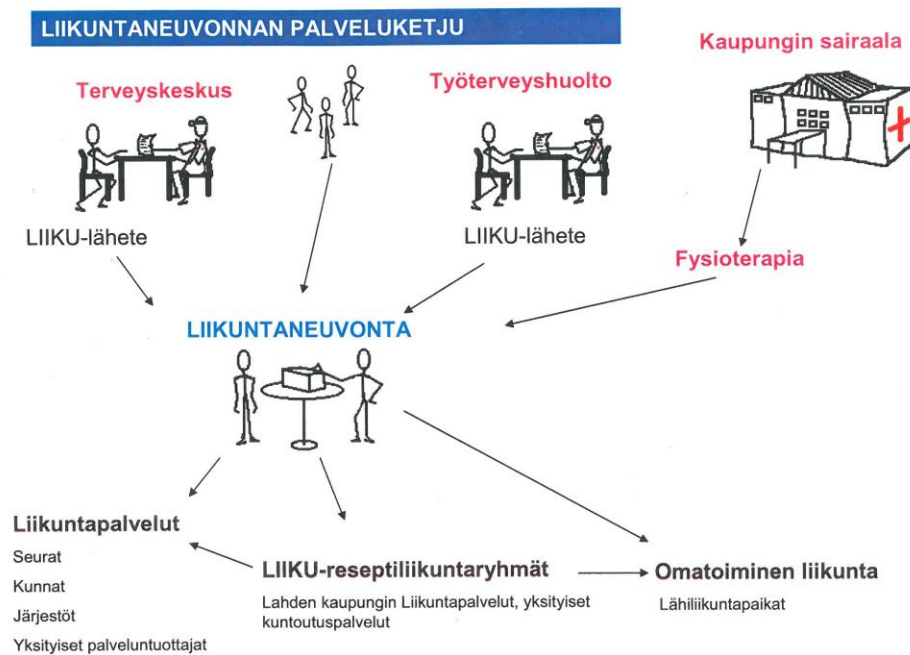
Terveystoimenstrategian kokonaistavoitteet pohjautuvat terveystoimenstrategian visioon (kts. yllä), Valtion periaatepäätökseen Terveystoiminta 2015 –kansanterveystoimintasta sekä Terveystoimen edistämisen laatusuosituksiin. Tavoitteet ovat muotoutuneet Lahden kaupungin terveystoimeen edistävän toiminnan nykytilan analyysistä. (Packalén 2007, 15.)

Tavoitteisiin pääsemiseksi terveystoimenstrategia pitää sisällään viisi toimenpideehdotusta. Ensimmäisenä toimenpiteenä on lisätä terveystoimeen edistävää toimintaa ja liikuntaa Lahdessa ”luomalla toimivia yhteistyömalleja terveystoimen edistämiseksi korostamalla poikkihallinnollista yhteistyötä etenkin sosiaali- ja terveystoimen ja liikuntatoimen välillä”. Yhteistyötä lisätään myös kolmannen sektorin toimijoiden kanssa houkuttelevien ja matalan kynnyksen liikuntapalvelujen lisäämiseksi. Voimavaroja yhdistämällä liikuntapalveluja pystytään tarjoamaan eri alueilla asuville ja eri väestöryhmillä heidän omissa lähiympäristöissään. Terveystoimen edistämiseksi otetaan huomioon myös ne, jotka eivät halua osallistua ryhmämuotoiseen liikuntaan. Omatoimisen liikunnan tukemiseksi keskitytään markkinoimaan ja tiedottamaan lähiliikuntapaikoista sekä tuottamaan ja aktiivisesti jakamaan liikuntaneuvontamateriaalia. (Packalén 2007, 16.)

Toisena toimenpiteenä terveystoimenstrategiassa on liikuntaneuvonnan vakiinnuttaminen osaksi terveystoimen ja terveystoimen edistämistä. Käytännössä tämä tarkoittaa ”palveluketjun kehittämistä, joka antaa lääkäreille ja terveystoimijoille mahdollisuuden lähettää asiakas Liiku-läheteellä liikuntaneuvontaan”. (Packalén 2007, 17.) Lahdessa on aloitettu jo vuonna 2005 liikuntaneuvontakokeilu terveystoimen edistämiseksi kunta-

laisten keskuudessa (Maijala 2009, 8). Tätä nykyä toiminta on vakiintunut osaksi terveysliikunnan edistämistä. Liikuntaneuvojalle lähettäminen tapahtuu potilastietojärjestelmässä olevan Liiku-lähetteen avulla. Henkilökohtaisesta, asiakkaalle maksuttomasta liikuntaneuvonnasta vastaa Lahden kaupungin terveysliikuntasuunnittelija. Liiku-lähetteen kohderyhmänä ovat terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvat kuntalaiset, joilla on lisäksi ylipainoa tai korkea tyypin 2 diabetesriski. Liikuntaneuvonnassa karotetaan asiakkaan tämän hetkinen terveydentila sekä liikkumisaktiivisuus, ja hänen elämäntilanteensa, tarpeensa ja toiveensa huomioimalla luodaan hänelle yksilöllinen liikuntasuunnitelma, joka voi pitää sisällään ryhmämuotoista tai omatoimista liikkumista. Liikuntaneuvontaan tuleville asiakkaille on luotu omia ”reseptiliikuntaryhmiä”, joissa asiakkaalla on mahdollista aloittaa turvallinen ja tarkoituksenmukainen liikuntaharjoittelu ammattitaitoisen ohjaajan avulla muiden liikuntaa aloittelevien henkilöiden seurassa. Yksilölliseen liikuntaneuvontaan kuuluu myös seurantatapaaminen tai -tapaamisia 2-6 kuukauden sisällä ensimmäisestä tapaamisesta. (Freundlich, H. 17.6.2011.) Liikuntaneuvonnan palveluketju on havainnollistettu kuviossa 3.

Yksilöllisen liikuntaneuvonnan lisäksi liikuntapalvelut tarjoaa kaikille avointa Liikkuva Lahti –liikuntaneuvontaa lahtelaisten luonnollisissa asiointiympäristöissä. Liikkuva Lahti –liikuntaneuvontapiste vierailee erilaisissa tapahtumissa ja painottuu vuoden ajasta riippuen erilaisten teemojen ympärille. Liikuntaneuvontapiste tarjoaa tietoa liikuntamahdollisuuksista ja –paikoista sekä terveydestä ja hyvinvoinnista. (Maijala 2009, 9; Packalén 2007, 17.)



Kuvio 3. Liikuntaneuvonnan palveluketju Lahden kaupungissa (mukailtu lähteestä Packalén 2007, 29)

Terveysliikuntastrategian muut toimenpiteet painottuvat eri ikäryhmien terveystiikunnan edistämiseen. Lasten ja nuorten mahdollisuutta päivittäiseen fyysiseen aktiivisuuden päivähoidossa, iltapäiväkerhossa, koulussa ja vapaa-ajalla edistetään moni eri keinoin. ”Tavoitteena on lasten ja nuorten kokonaisvaltaisen kehityksen tukeminen liikunnallisen elämäntavan pohjaksi.” Keinoina ovat liikuntaseurojen tukeminen junioritoiminnan jatkumiseksi, erilaiset iltapäiväkerhoissa, päiväkodeissa ja kouluissa toteutettavat hankkeet, ylipainoisten lasten liikuntaryhmät sekä painonhallinnan hoitoketju yhteistyössä sosiaali- ja terveystoimen kanssa, lähiliikuntapaikkojen ja puistojen ylläpitäminen ja kehittäminen sekä erilaiset liikunnalliset tapahtumat, jotka antavat lapsille ja nuorille mahdollisuuden tutustua eri liikuntalajeihin. (Packalén 2007, 18.)

Työikäisten terveyden, toimintakyvyn ja vapaa-ajan toiminnan edistämisen työvälineinä käytetään terveydenhuollon ammattihenkilöiden varhaista puuttumista liikkumattomuuteen ja tarvittaessa ohjaamiseen Liiku-läheteellä liikuntaneuvojalle, mitä kautta asiakas on mahdollista ohjata esimerkiksi erilaisiin resepti-, elintapa- tai työikäisten lii-

kuntaryhmiin tai toteuttaa terveyskuntotestit harjoitusohjelman laatimiseksi. Työikäistä väestöä pyritään tavoittamaan Liikkuva Lahti –liikuntaneuvonnan avulla ja omatoimista liikuntaa tukemaan lähiliikuntapaikkoja, virkistysalueita ja kevyen liikenteen väyliä ylläpitämällä. Liikuntapaikkakartat ja liikuntarekisteri ovat tärkeässä roolissa tiedotus- ja markkinointityössä. Lahden kaupungin henkilöstön liikunta-aktiivisuutta pyritään edistämään eri yksiköihin nimettyjen liikuntavastaavien avulla. (Maijala 2009, 9; Packalén 2007, 19.)

Ikääntyville suunnattujen liikuntapalvelujen avulla tuetaan toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä. Toimenpiteet ovat seuraavanlaisia: sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutetaan kuntouttavaa työtä ja kotihoidossa työskentelevät kannustavat ja aktivoivat ikääntyneitä omatoimiseen kotiharjoitteluun. Lisäksi ikääntyneille organisoidaan erilaisia liikuntaryhmiä yhdessä sosiaali- ja terveystoimen, liikuntatoimen ja kolmannen sektorin palveluntarjoajien kanssa. Eläkeläisten liikuntaryhmiä tulee olla kaikeskenteleville liikkujille. Palvelutalojen lähistössä sijaitsevilla esteettömillä ulkoilureiteillä tuetaan omatoimista liikkumista ja ulkona liikkumista edistetään yhteistyössä teknisen ja ympäristötoimialan, sosiaali- ja terveystoimen sekä liikuntatoimen kanssa toteutettavilla hankkeilla. Ikääntyville tuotetaan myös liikuntaneuvontamateriaalia. Lisäksi Lahdessa toteutetaan Ikäkortteliliikunta –hanke, jonka kohderyhmänä ovat terveytensä sekä toimintakykynsä kannalta liian vähän liikkuvat ikäihmiset. Hankkeen toimintamuotoihin kuuluu monipuolinen sisä- ja ulkoliikunta, terveysneuvonta, ravitsemusneuvonta ja vertaistuki. Hankkeen aikana koulutetaan vertaiskummeja, jotka pystyvät ohjaamaan muita ikäihmisiä liikunnan pariin. (Packalén 2007, 20.) Ikäkortteliliikunta on osoittautunut suosituksi ja merkittäväksi ikäihmisten toimintakykyä tukevaksi toimintamuodoksi. Eri puolilla Lahtea toimii viikoittain noin kymmenen Ikäkortteliliikuntaryhmää. Myös seurakunnan kanssa yhteistyössä toteutettava liikuntakummitoiminta, jossa vapaaehtoiset liikuntakummit ulkoiluttavat ja jumppaavat kotona asuvia ikäihmisiä, tukee ikääntyneiden kotona selviytymistä. (Freundlich, H. 17.6.2011.)

Lahden kaupungin terveysliikuntastrategia sisältää viiden kokonaistavoitteen ja viiden toimenpideohjelman lisäksi seuraavat tavoitteet olennaisena osana strategian toteuttamista:

1. Terveysliikunnan strategiset tavoitteet ja toimenpiteet huomioidaan eri yksiköiden vuosittaisissa talousarvioissa ja kaupungin kehittämismäärärahoista päätettäessä.
2. Hallintokunnissa nimetään strategisten tavoitteiden pohjalta terveysliikunnan vastuuhenkilöt ja laaditaan seurantajärjestelmät.
3. Kartoitetaan kattavalla selvityksellä kaupunkilaisten liikuntatottumukset.
4. Arvioidaan terveysliikuntastrategian tavoitteiden toteutuminen kaupunginvaltuustolle viimeistään vuonna 2012.

(Packalén 2007, 20.)

4.2 Terveyskioski palveluinnovaationa

Terveydenhuoltojärjestelmä ei pysty nykyisellä palvelurakenteellaan vastaamaan tulevaisuuden palvelutarpeisiin kysynnän ja väestörakenteen muutosten vuoksi (Kivimäki ym. 2010, 10). Terveyskioski on yksi uusista palveluinnovaatioista, joilla haetaan ratkaisua julkisen terveydenhuollon ongelmiin. Kyseessä on Sitran kuntaohjelman kaksivuotinen tutkimus- ja kokeiluhanke, jonka tarkoituksena on selvittää, voiko terveyskioskitoiminta edustaa uutta palvelutarjonnan mallia laajassa terveydenhuollon rakenteellisessa uudistumisessa. Julkisen terveydenhuollon yleisiksi ongelmiksi on koettu pitkät jonotusajat, hankala tavoitettavuus ja ajanvaraus. Terveyskioskitoiminnalla pyritään paikkaamaan näitä ongelmia. (Kork ym. 2011, 3.)

Terveyskioski on ihmisten luonnollisten asiointiympäristöjen yhteyteen sijoitettu pienenkö terveydenhuollon palvelupiste, josta saa hoitajatasoisia terveydenhuollon palveluita helposti ja nopeasti ilman ajanvarausta. Tyypillisiä toimenpiteitä ovat pienten vammojen hoitaminen, erilaiset mittaukset, rokotukset, sekä neuvonta ja ohjaus. Suomen ensimmäinen terveyskioski avattiin kesällä 2009 Ylöjärvelle ja toinen keväällä 2010 Lahteen. (Kivimäki ym. 2010, 5.) Terveyskioskitoimintaa kokonaisuutena arvioidaan Tampereen yliopiston toimesta kolmessa eri vaiheessa. Arviointi perustuu niin sanottuihin suuriin linjoihin, asiakasprofiileihin sekä asiakastyytyväisyyteen, eikä yksittäisiin neuvontatoimenpiteisiin. (Kivimäki ym. 2010, 6-7.)

4.3 Lahden terveyskioski

Lahden kaupungin huhtikuussa 2010 hyväksytyssä tuottavuusohjelmassa asetettiin yhdeksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveystoimialan palvelujen saatavuuden helpottaminen.

Yhtenä keinona tavoitteen saavuttamiseksi ovat matalan kynnyksen palvelupisteet, kuten terveystioskit. (Lahden kaupungin tuottavuusohjelma 2010, 25.) Lahden ensimmäinen terveystioski sijaitsee Lahden keskustassa Kauppakeskus Trion tiloissa ja on avoinna arkisin klo 9-18 ja lauantaisin klo 9-16. Lahden terveystioski -hankkeessa ovat mukana Sitra, Lahden kaupunki sekä Tampereen yliopisto. Sitra on Lahden kaupungin ohella hankkeen osarahoittaja. Lahden kaupunki vastaa terveystioskin käytännön toiminnasta sekä testaa uudenlaisen konseptin mahdollisia vaikutuksia kunnan terveydenhuollon palveluihin, henkilöstön työtyytyväisyyteen sekä talouteen. (Kivimäki ym. 2010, 7, 13.)

Lahdessa terveystioskitoiminnan painopiste on alusta alkaen ollut sairauksien ennaltaehkäisyssä ja terveyden edistämässä. Osaltaan tähän on vaikuttanut kaupungin väestörakenne. Sosiaalisia ongelmia, huume- ja väkivaltarikollisuutta, työttömyyttä ja syrjäytymistä on suhteellisen paljon. Tämän lisäksi Lahden asukkaat ovat keskimääräisesti vanhempia kuin muiden suurten kaupunkien asukkaat. (Kivimäki ym. 2010, 11.)

Lahden terveystioskin ensisijaisena tehtävänä on vaikuttaa elämäntapoihin jo ennen kuin tarvitaan hoitotoimenpiteitä. Terveyden edistäminen näkyy terveystioskin päivittäisessä työssä ohjauksena ja neuvontana. Asiakkaiden kanssa keskustellaan elintavoista, kuten liikunnasta. Heitä kannustetaan terveyden kannalta positiiviseen muutokseen, esimerkiksi painonpudotukseen. Hoitotoimenpiteiden lisäksi henkilökunta antaa siis terveystios- ja liikuntaneuvontaa, jonka avulla pyritään yhdessä asiakkaan kanssa löytämään tapa muuttaa elintapoja. (Kivimäki ym. 2010, 13.)

Vastaanotto toiminnan lisäksi terveystioskissa on järjestetty paljon teemapäiviä yhteistyössä kaupungin eri toimialojen sekä järjestöjen ja yritysten kanssa, joista liikuntaneuvonta- ja liikuntavälinelainausteemat ovat osoittautuneet erityisen suosituiksi. Teemapäivien avulla pyritään tekemään terveystioskin kynnys matalammaksi. Kun asiakas kiinnostuu omasta terveydentilastaan, saa hän mahdollisesti motivaation elintapamuutokseen, jota voidaan tarvittaessa tukea terveystioskin hoitajan ohjauksella tai esitteiden lisätiedoilla. Teemapäivien avulla voidaan tavoittaa niitä, jotka eivät muuten välttämättä asioi terveystioskissa. (Kork ym. 2011, 12-13.)

Lahden Trion terveystioskin toiminnasta on valmistunut kaksi arviointiraporttia, jotka antavat rohkaisevia tuloksia toiminnan kannattavuudesta. Terveystioskin ensimmäisen

vuoden asiakastavoitteeksi asetettiin 9000 potilastietojärjestelmään tilastoitavaa käyntikertaa. Tavoite ylitettiin reilusti, sillä ensimmäisenä vuonna tehtiin 12 439 kirjattua käyntiä, mikä on 17 prosenttia koko kaupungin terveysasemien hoitajavastaanotto-käynneistä vastaavana aikana. Kaikkien terveystietokioskissa asioineiden, kuten esitteiden hakijoiden tai omatoimisten verenpaineen mittaajien käynnit eivät kirjaudu potilastietojärjestelmään, joten todellinen kävijämäärä on tätäkin suurempi. (Kork ym. 2011, 14.) Tyypillinen terveystietokioskin asiakas oli yli 70-vuotias nainen, jonka käyntisyys liittyi terveydentilan kartoitukseen (Kork ym. 2011, 4). Toimenpiteenä tämä on tarkoittanut esimerkiksi verenpaineen ja -sokerin mittausta sekä terveys- ja liikuntaneuvontaa. Tämä tukee ajatusta terveystietokioskista ennaltaehkäisevänä matalan kynnyksen palvelupisteenä. (Kivimäki ym. 2010, 21.) Asiakaskyselyn perusteella asiakkaat ovat tyytyväisiä terveystietokioskin palveluihin. Palveluiden laadulle annettiin kouluarvosana-asteikolla arvosanaksi yhdeksän. Vaikuttavuuden kannalta on huomattavaa, että suurin osa vastaajista koki, että käynti terveystietokioskissa paransi käsitystä heidän omasta terveydentilastaan. Terveystietoneuvontaa ja ohjausta kaivattiin tyypillisistä kestoosuusosastoihin: ruokavaliosta, painonhallinnasta ryhmässä, fysioterapiasta sekä ikääntymisestä. (Kork ym. 2011, 23.)

Terveystietokioski on tavoittanut sellaisiakin asiakkaita, jotka eivät ole käyttäneet terveyskeskuksen palveluita. Neljäsosa kaikista vastaajista ei ollut käynyt viimeisen vuoden aikana kertaakaan terveyskeskuksessa. Ensimmäistä kertaa terveystietokioskissa asioineista jopa 40 prosenttia ei ollut asioinut kertaakaan terveyskeskuksessa viimeisen vuoden aikana. Toisaalta taas näyttäisi siltä, että ne, jotka käyvät paljon terveyskeskuksessa, käyvät myös usein terveystietokioskissa. (Kork ym. 2011, 21.) Asiakaskyselyssä haluttiin selvittää myös sitä, missä asiakkaat olisivat asioineet, jos terveystietokioskia ei olisi ollut lainkaan. Neljäsosa vastanneista ei olisi asioinut missään muualla. Heidän käyntisyysnsä jakautuivat tasaisesti kolmeen ryhmään; tutustuminen, hoitotoimenpide sekä neuvonta ja ohjaus. Nämä kävijät voidaan lukea terveystietokioskin itse luoduksi kysynnäksi ja ovat terveystietokioskitoiminnan jatkuvuuden kannalta merkittäviä ryhmiä. (Kork ym. 2011, 24.)

Vaikuttavuuden näkökulmasta tärkeä havainto on se, että käyntien yhteydessä on löytynyt uusia tautitapauksia. Tarkkaa tilastoa uusista tautitapauksista ei ole käytettävissä, vaan terveystietokioskissa löydettyjen riskiryhmäpotilaiden määrä perustuu työntekijöiden omiin arvioihin. Suurin osa vuoden aikana terveystietokioskissa havaituista löydöksistä liittyi

korkeisiin verenpaineisiin, arviolta 200 tapausta. Lisäksi on löydetty sydämen rytmihäiriöitä, aikuisiän diabetesta, asentohuimausta, keuhkohtaumaa ja sydänsairauksia. Jotkut näistä asiakkaista eivät olleet huomanneet oireita tai eivät olleet osanneet yhdistää niitä mihinkään vakavampaan, vaan sairaus oli todettu sattumalta terveystioskissa. (Kork ym. 2011, 25.) Löydetyt uudet verenpainepotilaat kävivät terveystioskikilta saadun ohjeen mukaisesti kuukauden ajan kaksi kertaa viikossa terveystioskissa seurannassa. Terveystioskin henkilöstön tuella he löysivät keinon laihtuttaa ja liikkua. Näin on saatettu välttyä verenpainelääkitysten aloittamiselta. Joissakin tapauksissa asiakkaita on ohjattu myös lääkärin vastaanotolle jatkotoimenpiteisiin. Nämä uudet löydökset sekä varhainen puuttuminen sairauksiin ovat olennainen osa kansansairauksien ennaltaehkäisyä ja kertovat myös terveystioskin vaikuttavuudesta. (Kivimäki ym. 2010, 15.) Jos terveystioskia ei olisi ollut, olisi joidenkin asiakkaiden kohdalla terveystiosriski saattanut jäädä huomaamatta ja hoitamatta. Samat löydökset olisi toki voitu tunnistaa myös työterveyshuollossa tai terveystioskeskuksessa, mutta niihin hakeutumisen terveystioskin asiakkaat ovat kokeneet hankalammaksi ajanvarauksen takia. (Kork ym. 2011, 26.)

Terveystioskin toiminnasta on Lahdessa tiedotettu aktiivisesti eri foorumeilla, kuten Lahden kaupungin verkkosivuilla, kaupungin tiedotuslehdessä, messuilla sekä terveystioskin omilla Facebook -sivuilla ja hyvinvointioppailla. Terveystioskin toimintaa on esitelty järjestöissä, asukastuvilla ja sairaanhoito-opiskelijoille. Myös media on omaloitteisesti ollut kiinnostunut terveystioskista. (Kork ym. 2011, 15.) Terveystioskin asiakkaat ovatkin tyytyväisiä terveystioskin palveluista tiedottamiseen. Lähes puolet vastaajista oli saanut tietää terveystioskista lehdestä. Myös Internetistä, Facebookista ja radiosta oli saatu tietää kioskista. Yhä useammat löysivät terveystioskin kauppakeskusreissullansa, sillä jo 12 prosenttia vastaajista kertoi poikenneensa terveystioskiin ohi kulkiessaan. (Kork ym. 2011, 23.)

Kaiken kaikkiaan ensimmäisen vuoden toimintansa perusteella Lahden terveystioski on löytänyt paikkansa lahtelaisessa terveydenhuollon kentässä. Lahden terveystioski toimii suhteellisen vähäisillä taloudellisilla resursseilla. Vaikka terveystioski ei ole kyennyt tavoittamaan kovinkaan hyvin alkuperäisiä kohderyhmiään, nuoria ja työikäisiä miehiä, ovat käyntimäärät olleet ennakoitua suuremmat, asiakastyytyväisyys palveluihin silti korkea ja käynnin yksikkökustannukset varsin alhaiset. Toisaalta tarjonta on saattanut

luoda myös lisäkysyntää, sillä terveystioskiin näytti olevan muodostumassa vakioasiakaita. Jos kuitenkin terveystioski kykenee puuttumaan sairauksiin jo varhaisessa vaiheessa, voi sillä olla tulevaisuudessa vaikutus terveydenhuollon kustannuksiin ja asiakkaiden elämänlaatuun. (Kork ym. 2011, 4.) Kork ym. (2011, 27) esittävät terveystioskin toisen vaiheen arviointiraportissa, että jatkossa terveystioskin tulisi kohdentaa toimintaansa erityisesti matalasti koulutettuihin nuoriin tai nuoriin aikuisiin, jotka ovat koulu- tai opiskelijaterveydenhuollon ulkopuolella. Tämä onkin otettu huomioon uudessa, syksyllä 2011 Lahden Launeelle avatussa terveystioskissa, joka suuntaa toimintansa erityisesti nuorille ja lapsiperheille (Pakkala 2011). Sosiaalisesti tai taloudellisesti heikommassa asemassa olevien väestöryhmien mahdollisuudet liikuntaan on nostettu monessa yhteydessä yhdeksi liikunnan edistämisen tärkeimmäksi tavoitteeksi väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi (Fogelholm ym. 2007, 105). Myös miesten tavoittaminen terveystioskin terveystpalveluiden ja -neuvonnan piiriin olisi toiminnan vaikuttavuuden näkökulmasta tärkeää. (Kork ym. 2011, 27.)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka usein liikunta-asioita käsitellään Lahden terveystietokeskuksen asiakaskontakteissa. Vaikka terveystietokeskuksissa tapahtuva henkilökunnan ja asiakkaan välinen liikunta-asioista keskustelu ei aina täytä varsinaisen liikuntaneuvonnan tunnusmerkkejä, käytetään tässä tutkimuksessa termiä liikuntaneuvonta terveystietokeskuksen työntekijän ja asiakkaan välisestä liikunta-asioista keskustelusta. Liikuntaneuvonnan määrän lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, millaista liikuntaneuvontaa terveystietokeskuksen asiakkaat saavat ja millaisia kokemuksia ja toiveita heillä on terveystietokeskuksen liikuntaneuvontaan liittyen. Tulosten perusteella pyritään kehittämään terveystietokeskuksissa annettavaa liikuntaneuvontaa ja hyödyntämään terveystietokeskuksen resursseja aiempaa paremmin liikunnallisen aktiivisuuden lisäämiseksi yhteiskunnassa.

Tutkimusongelmat:

1. Saavatko terveystietokeskuksissa asioivat liikuntaneuvontaa?
2. Millaista liikuntaneuvontaa terveystietokeskuksen asiakkaat saavat?
3. Kokevatko asiakkaat liikuntaneuvonnan hyödylliseksi?
4. Millaisia toiveita ja tarpeita asiakkailla on koskien terveystietokeskuksissa annettavaa liikuntaneuvontaa?

6 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus toteutettiin määrällisenä, eli kvantitatiivisena tutkimuksena, koska tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvailla liikuntaneuvonnan toteutumista terveystioskissa. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla on mahdollista saada vastauksia kysymyksiin mikä? missä? paljonko? ja kuinka usein?, eli kartoittaa olemassa oleva tilanne (Heikkilä 2010, 16; Holopainen & Pulkkinen 2008, 21).

6.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä oli terveystioskissa asioivat henkilöt. Koska kohderyhmä on laaja ja vaikeasti määriteltävä, ei kokonaistutkimusta ollut mahdollista suorittaa. Näin ollen käytettiin otantaa. Otos on tutkimuksen kohderyhmän, eli perusjoukon osa, jolla voidaan saada kokonaiskuva koko perusjoukosta, mikäli otos on huolella valittu, eli jokaisella perusjoukkoon kuuluvalla havaintoyksiköllä on samanlaiset mahdollisuudet valikoitua otokseen (Vilka 2007, 56). Tässä tapauksessa otantaa ei kuitenkaan ollut mahdollista suorittaa perinteisin keinoin, joita ovat yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta tai ryväotanta, koska kohderyhmään kuuluvat eivät olleet ennalta tarkasti tiedossa, eikä heitä voitu poimia erillisestä rekisteristä (Holopainen & Pulkkinen 2008, 31-36; Vilka 2007, 53-55). Näin ollen perusjoukosta, eli terveystioskin asiakkaista, otettiin näyte.

6.2 Mittarin laadinta

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä. Kyselytutkimuksessa tutkittava itse vastaa tutkijan ennalta kyselylomakkeen muotoon laatimiin kysymyksiin. Kysymysten muoto on vakioitu, eli kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä. Kyselyä käytetään kun halutaan saada tietoa henkilöiden mielipiteistä, asenteista, ominaisuuksista ja käyttäytymisestä. Kysely sopii hyvin henkilökohtaisten asioiden, kuten terveystietoisuuden ja käyttäytymisen ja kulutustottumusten tutkimiseen. Kysely soveltuu aineiston keräämisen tavaksi etenkin silloin, kun tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan. (Heikkilä 2010, 19; Vehkalahti 2008, 11; Vilka 2007, 28.)

Kyselylomakkeen laatiminen aloitettiin määrittämällä tutkimusongelmat, eli ne kysymykset, mihin kyselylomakkeen avulla haluttiin saada vastaus. Tämän jälkeen kehitettiin mittarit, eli kysymykset, joilla kuhunkin tutkimusongelmaan on mahdollista saada vastaus. Kyselylomake jakautui kahteen osaan, taustatietoihin ja liikuntaneuvontaan liittyviin kysymyksiin. Taustatiedot sijoitettiin kyselylomakkeen alkuun, koska kyselylomake suositellaan aloitettavaksi helpoilla kysymyksillä (Heikkilä 2010, 49). Taustatiedot sisälsivät kuusi kysymystä. Taustamuuttujien avulla oli mahdollista selittää vastauksia, eli tarkastella, vaikuttaako vastauksiin esimerkiksi ikä tai liikunnallinen aktiivisuus. Kaikki taustatietoihin liittyvät kysymykset olivat niin sanottuja suljettuja monivalintakysymyksiä, eli vastausvaihtoehdot oli annettu valmiina. Valmiit vastausvaihtoehdot selkeyttävät mittausta, vähentävät vastaajalle koituvaa vaivaa ja helpottavat tietojen käsittelyä (Vehkalahti 2008, 25). Kysymyksestä riippuen vastausvaihtoehdot oli neljästä kuuteen ja ne olivat yhtä kysymystä (terveyskioskissa asioinnin syy) lukuun ottamatta toisensa poisulkevia. Taustatietoja mitattiin laatuero-, eli nominaaliasteikolla.

Liikuntaneuvontaan liittyvät kysymykset jakautuivat kaikille yhteisiin kysymyksiin (kysymykset 7, 15 ja 16). Lisäksi kysymykseen 7 myönteisesti vastanneita pyydettiin vastaamaan kuuteen lisäkysymykseen (kysymykset 8-13) ja kielteisesti vastanneita yhteen lisäkysymykseen (kysymys 14). Liikuntaneuvontaan liittyvät kysymykset sisälsivät sekä suljettuja monivalintakysymyksiä, sekamuotoisia kysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Monivalinta- ja sekamuotoisissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot oli kahdesta viiteen. Kysymykset olivat laatueroasteikollisia.

6.3 Kyselyn järjestäminen

Kyselylomakkeet olivat jaossa Trion terveyskioskissa noin kahden kuukauden ajan lokka-joulukuussa 2011. Kyselyä jatkettiin niin pitkään, että sata vastausta saatiin täyteen. Otoksoon määrittelemiseen ei ole olemassa yksioikoista ohjeistusta ja otoskoko vaikuttavat käytettävissä olevat resurssit ja tutkimuksessa käytettävät tilastolliset menetelmät. Sata havaintoyksikköä mahdollistaa tulosten tilastollisen tarkastelun kokonaistasolla. Tätä suurempi otoskoko tekee ryhmien välisen vertailun mahdolliseksi. (Heikkilä 2010, 45; Vilka 2007, 57.) Tutkimus toteutettiin niin, että terveyskioskin työntekijät tarjosivat terveyskioskin asiakkaille kyselyä täytettäväksi asiakastapaamisen tai hoito-

toimenpiteen lopuksi, jolloin asiakkaalla oli mahdollisuus jäädä täyttämään kysely terveystioskin tiloihin ja palauttaa se palautuslaatikkoon, tai vaihtoehtoisesti ottaa kysely mukaan ja palauttaa se myöhemmin terveystioskiin.

6.4 Tilastolliset menetelmät

Aineiston tilastollisessa käsittelyssä käytettiin Microsoft Excel 2007 – taulukkolaskentaohjelmaa. Muuttujia tarkasteltiin absoluuttisina ja suhteellisina prosenttiosuuksina.

Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin ristiintaulukoinnein ja tilastollista merkitsevyyttä testattiin Khiin neliö –testillä (χ^2 -testi).

7 Tulokset

Liikuntaneuvontaa terveystioskissa kartoittaneeseen kyselyyn vastasi sata henkilöä. Vastajien ikäjakauma (n=100) oli seuraavanlainen: Alle 20-vuotiaita oli vain 4 %. 20-40-vuotiaita oli neljännes (23 %), samoin kuin 41-60-vuotiaita (25 %). Lähes puolet vastaajista (47 %) oli 61-80-vuotiaita ja yli 80-vuotiaita oli ainoastaan 1 %. Vastaajista (n=100) 43 % oli eläkeläisiä, 35 % työssäkäyviä, 12 % opiskelijoita ja 10 % työttömiä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden (n=100) ikäjakauma ja ammatti

Ikä		Ammatti	
Alle 20 v.	4	Eläkeläinen	43
20-40 v.	23	Työssäkäyvä	35
41-60 v.	25	Opiskelija	12
61-80 v.	47	Työtön	10
Yli 80 v.	1	Muu	0

Lähes neljännes (23 %) kyselyyn vastanneista (n=100) ei ollut asioinut terveystioskissa ennen kyseistä käyntiä, puolet (50 %) oli asioinut yhden kerran, neljäsosa (25 %) oli asioinut 2-5 kertaa ja vain 2 % oli asioinut yli viisi kertaa. Ikä ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terveystioskissa asioinnin määrään, vaikkakin yli 60-vuotiaissa oli noin 10 % vähemmän aiemmin kertaakaan asioimattomia kuin alle 60-vuotiaissa. Lisäksi kaikki yli viisi kertaa terveystioskissa asioineet olivat yli 60-vuotiaita.

Ammatin ja terveystioskissa asioinnin määrän väliltä löytyi tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=0,047$). Erityisesti työttömät olivat muita ahkerampia terveystioskissa asioijia, sillä työttömistä 60 % oli asioinut terveystioskissa 2-5 kertaa, kun taas työssäkäyvistä näin oli tehnyt alle viidesosa (17,1 %) ja opiskelijoista alle kymmenesosa (8,3

%). Lisäksi opiskelijoissa ja työssäkävivissä oli työttömiä ja eläkeläisiä enemmän niitä, jotka eivät olleet asioineet terveystioskissa kertaakaan aiemmin. (Taulukko 2.)

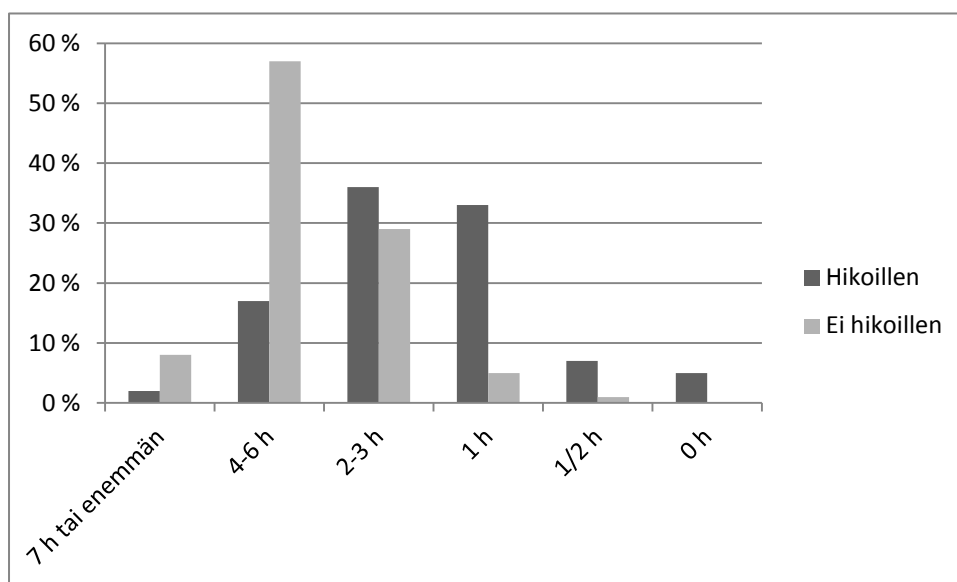
Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden (n=100) terveystioskissa asioinnin määrä ammatin mukaan

Terveystioskissa asioinnin määrä					
Ammatti	0 krt	1 krt	2-5 krt	yli 5 krt	Yhteensä
Työssäkävä	12 34,3 %	17 48,6 %	6 17,1 %	0 0 %	35 100 %
Opiskelija	4 33,3 %	7 58,4 %	1 8,3 %	0 0 %	12 100 %
Työtön	2 20 %	2 20 %	6 60 %	0 0 %	10 100 %
Eläkeläinen	5 11,6 %	24 55,8 %	12 27,9 %	2 4,7 %	43 100 %
Yhteensä	23 23 %	50 50 %	25 25 %	2 2 %	100 100 %

Tämän tutkimuksen mukaan yleisin terveystioskissa asioinnin syy oli akuutti vamma tai hoidon tarpeen arviointi. 43 prosenttia vastaajista (n=100) ilmoitti tullessa terveystioskiin tämän syyn vuoksi. Kolmannes vastaajista (32 %) oli tullut terveystioskiin kartoittamaan terveydentilansa, 23 prosentilla asioinnin syy oli hoitotoimenpide, 11 prosentilla tutustuminen, neljällä prosentilla painonhallinta ja kolmella prosentilla tiedon hankinta. Tiedon hankinnan aiheiksi mainittiin veteraaniapu, luomi ja diabetes. 12 vastaajaa (12 %) oli antanut asioinnin syyksi kaksi eri vastausta ja 2 vastaajaa (2 %) kolme eri vastausta, minkä vuoksi yhteen lasketuksi prosenttiosuudeksi tulee enemmän kuin 100 %.

Taustatiedoissa kysyttiin myös liikunnan määrää kahdella eri kysymyksellä: Kuinka monta tuntia viikossa vastaajat liikkuvat reippaasti, eli hikoillen ja hengästyen ja kuinka monta tuntia kevyemmin, eli niin, ettei liikkuminen juurikaan aiheuta hikoilua tai hengästyistä. Ainoastaan 2 % vastaajista (n=100) liikkui hikoillen ja hengästyen viikossa yli seitsemän tuntia tai enemmän, 17 % neljästä kuuteen tuntia viikossa, reilu kolman-

nes (36 %) kahdesta kolmeen tuntia viikossa, kolmasosa (33 %) noin tunnin viikossa, 7 % noin ½ tuntia viikossa ja 5 % ei harrastanut tällaista liikuntaa lainkaan. Kevyttä, ei juurikaan hikoiluttavaa ja hengästyttävää liikuntaa harjoitti viikossa seitsemän tuntia tai enemmän 8 %, neljästä kuuteen tuntia yli puolet (57 %), kahdesta kolmeen tuntia 29 %, noin tunnin 5 % ja noin puoli tuntia 1 % vastaajista (n=100). (Kuvio 4.)

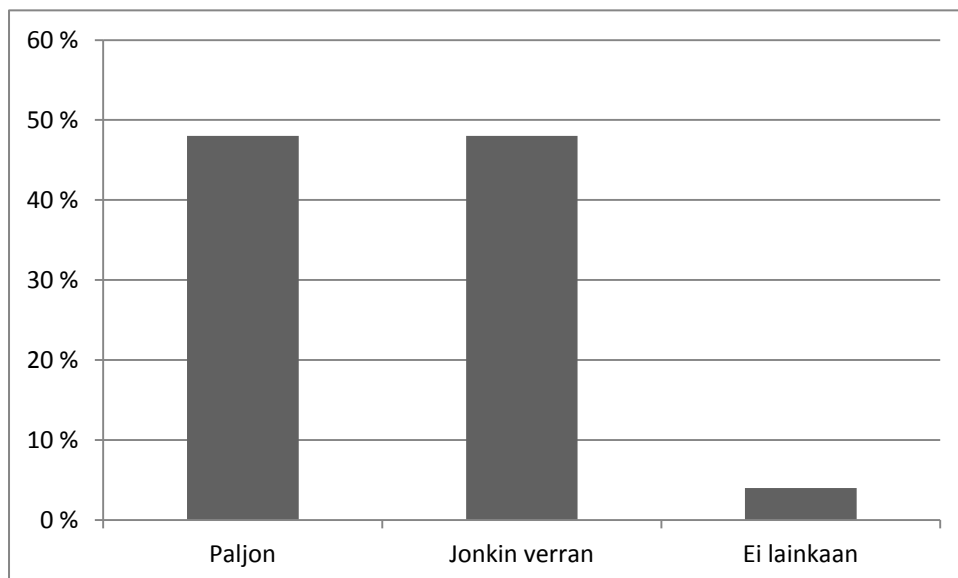


Kuvio 4. Kyselyyn vastanneiden (n=100) liikunnan harjoittamisen määrä viikossa

Fyysisen aktiivisuuden perusteella vastaajat jaettiin kolmeen luokkaan jatkotarkastelujen varten: aktiivisiin, jokseenkin aktiivisiin ja inaktiivisiin. Luokittelu suoritettiin laskemalla vastaajien hikoiluttavan ja ei hikoiluttavan liikunnan harjoittamisen määrä yhteen. Tämän perusteella aktiivisesti liikkuvia oli 41 %, jokseenkin aktiivisia 52 % ja inaktiivisia 7 % vastaajista (n=100).

7.1 Liikuntaneuvonnan määrä

Lähes kaikki kyselyyn vastanneet (n=100), eli 96 % saivat liikuntaneuvontaa kyseessä olevan käynnin yhteydessä. 48 prosentin kanssa liikunta-asioista keskusteltiin paljon ja 48 prosentin kanssa jonkin verran. Ainostaan neljä prosenttia ei keskustellut lainkaan liikunta-asioista vastaanotolla. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Liikunta-asioista vastaanotolla keskustelleet (n=100)

Kaikki liikunnallisesti inaktiivisiksi luokitellut (7 %) saivat liikuntaneuvontaa kyseisen terveystieteiskäynnin yhteydessä. Liikunnallisesti joksinkin aktiivisissa ja inaktiivisissa oli myös suhteessa liikunnallisesti aktiivisia enemmän niitä, jotka keskustelivat liikunta-asioista paljon (taulukko 3). Tilastollista merkitsevyyttä ei kuitenkaan havaittu.

Taulukko 3. Liikunta-asioista keskustelun määrä kyselyyn vastanneiden (n=100) liikunnallisen aktiivisuuden mukaan

Liikunta-asioista keskustelun määrä				
Liikunnallinen aktiivisuus	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yhteensä
Aktiivinen	16 39 %	24 59 %	1 2 %	41 100 %
Jokseenkin aktiivinen	27 52 %	22 42 %	3 6 %	52 100 %
Inaktiivinen	5 71 %	2 29 %	0 0 %	7 100 %
Yhteensä	48 48 %	48 48 %	4 4 %	100 100 %

Hikiliikunnan harjoittamisen ja liikuntaneuvonnan saamisen väliltä löytyi tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=0,034$). Hikiliikuntaa viikossa neljä tuntia tai enemmän harjoittaneista noin kolmannes (32 %) keskusteli liikunta-asioista runsaasti, kun taas viikossa tunnin tai vähemmän hikiliikuntaa harjoittaneista näin teki 62 %. Toisaalta vähiten hikiliikuntaa harjoittaneista löytyi myös suhteessa eniten niitä, jotka eivät keskustelleet lainkaan liikunta-asioista kyseisen terveystieteiskäynnin yhteydessä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Liikunta-asioista keskustelun määrä kyselyyn vastanneiden ($n=100$) hikiliikunnan harjoittamisen määrän mukaan

Liikunta-asioista keskustelun määrä				
Hikiliikunnan harjoittaminen	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yhteensä
≥ 4 h/vko	6 32 %	13 68 %	0 0 %	19 100 %
2-3 h/vko	14 39 %	21 58 %	1 3 %	36 100 %
≤ 1 h/vko	28 62 %	14 31 %	3 7 %	45 100 %
Yhteensä	48 48 %	48 48 %	4 4 %	100 100 %

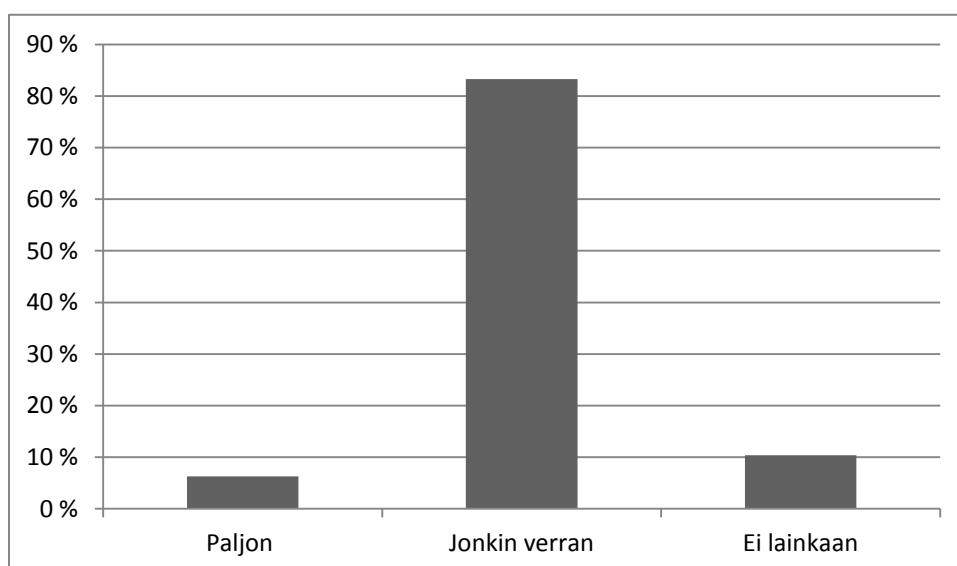
Kyselyssä kartoitettiin liikuntaneuvonnan määrää myös edellisten käyntien yhteydessä. 60 % vastaajista ($n=100$) oli keskustellut liikunta-asioista aiempien terveystieteiskäyntien yhteydessä, 17 % ei ollut keskustellut ja 23 % ei ollut asioinut aiemmin terveystieteiskäynnissä. Aiempien käyntien yhteydessä yleisimpiä liikuntaneuvonnan aiheita olivat olleet kuntosali, josta oli keskustellut kuusi vastaajaa sekä lenkkeily ja pyöräily, joista molemmista oli keskustellut kolme vastaajaa. Lisäksi keskustelun aiheiksi mainittiin metsästys, retkeily, uinti, tanssi, hyötyliikunta ja pallopelit.

Niistä vastaajista, jotka eivät keskustelleet liikunta-asioista käyntinsä yhteydessä ($n=4$), kukaan (100 %) ei olisi halunnut keskustella liikunta-asioista. 25 % vastaajista ilmoitti syyksi, että ei koe tarvetta muuttaa liikuntatottumuksiaan ja 75 %, että liikunta-asiat

eivät liittyneet terveystioskissa asiointiin syyhyn. Näistä henkilöistä 25 % oli liikunnallisesti aktiivisia ja 75 % liikunnallisesti jokseenkin aktiivisia.

7.2 Liikuntaneuvonnan olemus

Niistä 96 henkilöstä, jotka saivat liikuntaneuvontaa kyseessä olevan terveystioskikäynnin yhteydessä, vain 4 henkilöä (4,2 %) otti liikunta-asiat itse puheeksi. 92 henkilön (95,8 %) kohdalla liikunta-asiat otti puheeksi terveystioskin työntekijä. Liikuntaneuvontaa saaneista (n=96) 6,3 % koki erittäin suurta tarvetta liikunnan lisäämiselle, 83,3 % koki jonkin verran tarvetta lisätä liikuntaa ja 10,4 % ei kokenut lainkaan tarvetta liikunnan lisäämiselle (kuvio 6).



Kuvio 6. Vastaajien (n=96) kokemus tarpeesta lisätä liikuntaa

Liikunnallinen aktiivisuus oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p=0,0009$) yhteydessä henkilön kokemukseen liikunnan lisäämisen tarpeesta. Liikunnallisesti aktiivisista ja jokseenkin aktiivisista vain muutama prosentti koki paljon tarvetta lisätä liikuntaa, kun taas liikunnallisesti inaktiivisista paljon tarvetta liikunnan lisäämiselle koki 43 %. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Koettu tarve liikunnan lisäämiselle vastaajien (n=96) liikunnallisen aktiivisuuden mukaan

Koettu tarve liikunnan lisäämiselle				
Liikunnallinen aktiivisuus	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yhteensä
Aktiivinen	2 5 %	33 82,5 %	5 12,5 %	40 100 %
Jokseenkin aktiivinen	1 2 %	44 90 %	4 8 %	49 100 %
Inaktiivinen	3 43 %	3 43 %	1 14 %	7 100 %
Yhteensä	6 6,3 %	80 83,3 %	10 10,4 %	96 100 %

Valtaosa, eli 90 % liikuntaneuvontaa saaneista (n=96) sai terveystieteiden työntekijältä kehotuksen lisätä liikuntaa ja vastaavasti 10 % liikuntaneuvontaa saaneista ei kehoitettu liikunnan lisäämiseen. Liikunnallisella aktiivisuudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä siihen, saiko asiakas kehotuksen lisätä liikuntaa.

Valtaosan (89,5 %) liikuntaneuvontaa saaneista kanssa (n=96) keskusteltiin ryhmävaihtoehtoista tai heille suositeltiin liikuntaryhmää. 10,5 prosentin kanssa ryhmävaihtoehdot eivät tulleet puheeksi. Liikuntaan liittyvää kirjallista materiaalia käyntinsä yhteydessä sai 85,4 % liikuntaneuvontaa saaneista (n=96). 14,6 % ei saanut liikuntaan liittyvää kirjallista materiaalia.

7.3 Asiakkaiden tyytyväisyys liikuntaneuvontaan

Liikuntaneuvontaa saaneet (n=96) olivat tyytyväisiä liikuntaneuvontaan, sillä 63,5 % koki liikunta-asioista keskustelun erittäin hyödylliseksi ja 36,5 % jonkin verran hyödylliseksi. Kukaan kysymykseen vastanneista ei kokenut liikunta-asioista keskustelua hyödyttömäksi. Iän ja liikuntaneuvonnan hyödylliseksi kokemisen välistä yhteyttä tarkasteltaessa selvisi, että yli 60-vuotiaista henkilöistä 70 % koki neuvonnan erittäin hyödylli-

seksi, kun taas alle 40-vuotiasta ainoastaan hieman yli puolet (52 %) oli tätä mieltä (taulukko 6). Yhteys ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 6. Vastajien (n=96) kokemus liikuntaneuvonnan hyödyllisyydestä iän mukaan

Kokemus liikuntaneuvonnan hyödyllisyydestä				
Ikä	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yhteensä
≤ 40 v.	13	12	0	25
	52 %	48 %	0 %	100 %
41-60 v.	15	9	0	24
	62,5 %	37,5 %	0 %	100 %
≥ 61 v.	33	14	0	47
	70,2 %	29,8 %	0 %	100 %
Yhteensä	61	35	0	96
	63,5 %	36,5 %	0 %	100 %

Työttömät ja eläkeläiset kokivat työssäkäyviä ja opiskelijoita useammin liikuntaneuvonnasta olevan paljon hyötyä (taulukko 7). Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 7. Vastaaajien (n=96) kokemus liikuntaneuvonnan hyödyllisyydestä ammatin mukaan

Kokemus liikuntaneuvonnan hyödyllisyydestä				
Ammatti	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yhteensä
Työssäkäyvä	19	16	0	35
	54,3 %	45,7 %	0 %	100 %
Opiskelija	6	5	0	11
	54,5 %	45,5 %	0 %	100 %
Työtön	6	3	0	9
	66,7 %	33,3 %	0 %	100 %
Eläkeläinen	30	11	0	41
	73 %	27 %	0 %	100 %
Yhteensä	61	35	0	96
	63,5 %	36,5 %	0 %	100 %

Kokemus tarpeesta lisätä liikuntaa ja kokemus liikuntaneuvonnan hyödyllisyydestä olivat tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä toisiinsa ($p=0,047$). Niistä henkilöistä, jotka kokivat paljon tarvetta liikunnan lisäämiselle, yli 80 % koki liikuntaneuvonnan erittäin hyödylliseksi, kun taas niistä henkilöistä, jotka eivät kokeneet lainkaan tarvetta liikunnan lisäämiselle, alle kolmasosa (30 %) koki liikuntaneuvonnan erittäin hyödylliseksi. Jonkin verran liikunnan lisäämisen tarvetta kokeneista kaksi kolmesta (66,2 %) koki liikuntaneuvonnasta olleen paljon hyötyä. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Vastaajien (n=96) kokemus liikuntaneuvonnan hyödyllisyydestä liikunnan lisäämisen tarpeen mukaan

Kokemus liikuntaneuvonnan hyödyllisyydestä				
Koettu tarve liikunnan lisäämiselle	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yhteensä
Paljon	5 83,3 %	1 16,7 %	0 0 %	6 100 %
Jonkin verran	53 66,2 %	27 33,8 %	0 0 %	80 100 %
Ei lainkaan	3 30 %	7 70 %	0 0 %	10 100 %
Yhteensä	61 63,5 %	35 36,5 %	0 0 %	96 100 %

7.4 Liikuntaneuvontaan liittyvät tarpeet ja toiveet

Liikuntaneuvontaan liittyviä tarpeita ja toiveita kartoitettiin avoimella kysymyksellä. Vain viisi vastaajaa (n=100) antoi vastauksen kysymykseen ”Millaisia toiveita teillä on terveystietokioskin liikuntaneuvontaa koskien? Millaista tukea (tieto, neuvonta, opastus jne.) kaipaisitte liikunta-asioissa yleisesti?” Kysymykseen saatiin seuraavanlaisia vastauksia:

”Minä liikun monipuolisesti, sain hyviä vinkkejä”

”Hyvä juttu tämä terveystietokioski!”

”Pieneläkeläisille ilmaisia liikuntatuokioita lähelle toimintakeskuksia, palvelutaloja ja vanhusten tapaamispaikkoja. Kaikki palvelut tehty maksullisiksi. Ei ole varaa maksaa kaikesta! kaupungille terveisiä!”

”Mitä mahdollisuuksia on eläkeläiselle? Ohjausta, kuntosali+vesijumppa”

” Uskon, että jos aihetta on niin tämä henkilökunta osaa tabdikkaasti neuvoa asiakkaitaan.”

Avoimien vastausten perusteella terveystieteiden toimintaan ollaan tyytyväisiä ja maksutonta matalan kynnyksen palvelua selvästi arvostetaan. Terveystieteiden neuvontapalvelujen rinnalle kaivattaisiin kuitenkin matalan kynnyksen linjan mukaisia liikuntamahdollisuuksia, eli maksuttomia tai edullisia, asuinympäristöjen lähellä sijaitsevia liikuntapalveluja.

8 Pohdinta

Tämän tutkimuksen päälöydöksenä voidaan pitää sitä, että liikunta-asioita käsitellään aktiivisesti terveystietokioskin asiakaskontakteissa ja että asiakkaat kokevat liikuntaneuvonnan hyödylliseksi. Kyselyyn vastanneista jopa 96 % keskusteli liikunta-asioista kyseessä olevan terveystietokioskikäynnin yhteydessä. Tämä ei kuitenkaan kerro koko totuutta todellisesta tilanteesta, koska kyselyä ei jaettu systemaattisesti kaikille terveystietokioskissa asioiville. Merkittävä löydös oli myös se, että valtaosan liikuntaneuvontaa saaneista kohdalla terveystietokioskin työntekijä otti liikunta-asiat puheeksi. Tämä osoittaa, että työntekijät tunnistavat ja tunnustavat liikunnan merkityksen sairauksien ehkäisyssä. Terveystietokioskin työntekijät uskaltavat aktiivisesti nostaa liikuntatottumukset keskustelun aiheeksi, mistä voi vetää varovaisen johtopäätöksen, että työntekijät kokevat, että heillä on riittävästi ammattitaitoa ja muita resursseja ohjeistaa asiakasta liikuntaan liittyvissä asioissa.

Tämän kyselyn perusteella liikuntaneuvontaa saivat myös liikunnallisesti aktiiviset henkilöt. Jopa 39 % aktiivisiksi luokitelluista keskusteli liikunta-asioista paljon kyseisen vastaanoton yhteydessä ja 59 % jonkin verran. Tässä yhteydessä on kuitenkin hyvä muistaa, että ihmisillä on taipumuksena liioitella fyysisen aktiivisuutensa määrää (Vuori 2005, 621), joten todennäköisesti aktiiviseksi luokitelluissakin oli niitä, joilla liikunta ei todellisuudessa ollut niin aktiivisella tasolla kuin kyselytutkimus antaa ymmärtää. Tästä kielii myös se, että yllättävän suuri osa kyselyyn vastanneista oli liikunnallisesti hyvinkin aktiivisia, sillä inaktiivisia oli tässä tutkimuksessa alle kymmenesosa. Inaktiivisiksi luokitelluissa oli kuitenkin suhteellisesti aktiivisia ja jokseenkin aktiivisia enemmän niitä, jotka ilmoittivat keskustelleensa liikunta-asioista paljon kyseisen terveystietokioskikäynnin yhteydessä, vaikkakaan tilastollista merkitsevyyttä ei havaittu.

Koska jaottelu liikunnallisesti aktiivisiin, jokseenkin aktiivisiin ja inaktiivisiin kokonaisliikkumisen määrän perusteella ei ottanut huomioon liikkumisen intensiteettiä, tarkasteltiin vielä erikseen hikiliikunnan harjoittamisen yhteyttä liikunta-asioista keskusteluun. Hikiliikunnan harjoittamisen määrä kuvaa kokonaisliikunnan määrää paremmin vapaa-ajan harrasteliikunnan määrää. Vapaa-ajan liikunnan harjoittamisen määrän voidaan puolestaan ajatella olevan karkeasti yhteydessä henkilön yleiseen liikunnallisuuteen ja liikuntaan asennoitumiseen. Hikiliikunnan harjoittaminen ja liikunta-asioista keskuste-

lun määrä olivatkin tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä toisiinsa. Hikiliikuntaa viikossa neljä tuntia tai enemmän harjoittaneista noin kolmannes (32 %) keskusteli liikunta-asioista runsaasti, kun taas viikossa tunnin tai vähemmän hikiliikuntaa harjoittaneista näin teki 62 %. Nämä tulokset antavat viitteitä siitä, että liikuntaneuvontaa osataan kohdistaa niille, jotka liikkuvat terveytensä kannalta riittävästi.

On todettu, että suullisen neuvonnan lisäksi jaettu kirjallinen aiheeseen liittyvä neuvontamateriaali lisää neuvonnan vaikuttavuutta (Hoffmann & Worrall 2004, 1166). Tämän vuoksi onkin ilahduttavaa huomata, että suurin osa (85,4 %) liikuntaneuvontaa saaneista sai mukaansa liikuntaan liittyvää kirjallista materiaalia. Valtaosan liikuntaneuvontaa saaneista kanssa keskusteltiin myös ryhmävaihtoehtoista tai heille suositeltiin liikuntaryhmää, mikä varmasti lisää asiakkaan mahdollisuuksia lisätä liikuntaa. Aktiivinen liikuntaneuvontamateriaalin jakaminen ja ohjattujen ryhmien suosittelu osoittaa, että terveystieteiden työntekijöillä on tarjota yleisten suositusten lisäksi jotain konkreettista asiakkaan liikunnan edistämiseksi. Terveystieteiden työntekijät ovat myös ilmeisen hyvin perillä paikallisista liikuntapalveluista, mikä on asiakastytytyväisyyden ja liikuntaneuvonnan vaikuttavuuden kannalta erittäin tärkeä asia.

Lahden terveystieteiden ensimmäisen vuoden toimintaa kartoittaneesta raportista selviää, että tyypillinen terveystieteiden asiakas oli yli 70-vuotias nainen (Kork ym. 2011, 18). Ikäjakauman osalta tähän kyselyyn vastanneet noudattivat terveystieteiden yleistä asiakasprofiilia, koska lähes puolet vastaajista oli 61-80-vuotiaita. Nuoremmat ikäluokat olivat kuitenkin hyvin edustettuina tässä tutkimuksessa, sillä Korkin ym. (2011, 18) selvityksen mukaan alle 40-vuotiaita oli Lahden terveystieteiden asiakkaista ainoastaan 7 % ja 40-59-vuotiaita 18 %. Tähän kyselyyn vastanneista alle 41-vuotiaita oli 27 % ja 41-60-vuotiaita 25 %. Tämäkin kielii siitä, että kyselyyn vastanneet eivät edusta luotettavasti perusjoukkoa, vaan kyseessä on näyte. Vastaajien ikäjakaumasta johtuen eläkeläisten määrä oli tässä tutkimuksessa huomattavasti pienempi, ja työssäkäyvien, opiskelijoiden ja työttömien määrä suurempi, kuin Korkin ym. (2011, 20-21) selvityksessä. Tämän tutkimuksen perusteella terveystieteen näyttikin tavoittavan hyvin sellaisia väestöryhmiä, jotka ovat syrjäytymisriskissä ja jäävät helposti terveystieteiden ulkopuolelle. Tähän kyselyyn vastanneista työttömistä 60 % ja eläkeläisistä noin kolmasosa oli asioinut ter-

veyskioskissa ennen kyseistä käyntiä 2 kertaa tai useammin, kun taas työssäkävivistä ja opiskelijoista näin oli tehnyt huomattavasti alle viidesosa.

Terveyskioskien yhtenä tärkeänä tehtävänä tulee olla terveystalvöjien saatavuuden tasa-arvoistaminen ja sitä kautta terveysterojen kaventaminen. Valitettavasti myös liikuntakäyttätyminen polarisoituu muun terveystkäyttätymisen tavoin ja vapaa-ajan liikunta on ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä yleisempää kuin vähän koulutetun, heikosti toimeentulevan ja huonon terveyden omaavan väestönosan keskuudessa (Opetusministeriö 2008, 13-14). Terveyskioskin liikuntaneuvonta eroaa muusta kunnan tarjoamasta liikuntaneuvonnasta siinä, että terveystkioskissa asioivat eivät välttämättä tule terveystkioskiin liikunta-asioiden vuoksi, vaan neuvontaa toteutetaan muun palvelutarjonnan ohessa. Näin on mahdollista tavoittaa sellaisia liikunnallisesti passiivisia kävijäryhmiä, jotka eivät muuten hakeutuisi liikuntaneuvontaan tai joille liikunta-asiat eivät ole olleet ajankohtaisia. Toisen vaiheen arviointiraportin mukaan Lahden terveystkioski on onnistunut tavoittamaan hyvin sellaisia henkilöitä, jotka eivät muuten hakeutuisi terveydenhuollon palvelujen pariin. (Kork ym. 2011, 21-23.) Myös tämän tutkimuksen perusteella terveystkioskilla näyttäisi olevan hyvät mahdollisuudet tavoittaa syrjäytymisvaarassa olevia ja puuttua heidän liikuntatottumuksiinsa. Vielä pitkälti tutkimaton alue on se, voisivatko liikunnan edistämisen keinot olla tehokkaampia, mikäli ne kohdistettaisiin sosiaalisen aseman mukaisesti. Husun ym. (2011, 58) mukaan liikkumattomuuden sosioekonomisten erojen kaventamisen toimenpideohjelmat eivät ole huomioineet tätä asiaa tarpeeksi. Ehkä liikunnan muutosvaiheen lisäksi liikuntaneuvonnassa tulisi käyttää erilaisia lähestymistapoja ja toimintamalleja riippuen henkilön sosiaalisesta asemasta. Osataan asiakkaiden sosiaalinen asema ja erilaisista elämäntilanteista johtuvat erilaiset terveystarpeet onkin otettu huomioon Lahteen syksyllä 2011 avatussa Launeen terveystkioskissa, joka on ensisijaisesti profiloitunut hoitamaan nuorten ja lapsiperheiden asioita.

Liikunnan puute on yleisin muutettavissa oleva tavallisimpien kansansairauksien vaaratekijä (Vuori 2005b, 646), minkä vuoksi sen riittämättömyyteen tulisi tarttua kaikissa terveydenhuoltohenkilöstön ja asiakkaan välisissä kontakteissa yhtä olennaisena osana, kuin mihin tahansa muuhun riskitekijään. Liikunta on myös keskeinen hoitokeino monissa kansansairauksissa (Eriksson 2005, 438; Vuori, Taimela & Kujala 2005, 668) ja

esimerkiksi tyypin 2 diabeteksessa siihen puuttumattomuus voitaisiin nähdä jopa hoitovirheenä. Liikunnan valitsemisen todennäköisyyttä suurennetaan lisäämällä sille altistavien, sen mahdollistavien ja sitä vahvistavien tekijöiden määrää ja yhtäaikaista esiintyvyyttä (Vuori 2003, 106). Tämä on hyvä muistaa terveystieteiden liikuntaneuvontaa tarkasteltaessa. Liikuntaneuvonnan aktiivinen tarjoaminen ei suinkaan yksinään pysty ratkaisemaan liikkumattomuuden ongelmaa. Voidaan kysyä, onko tiedon jakamisesta ja liikuntamahdollisuuksien osoittamisesta hyötyä, mikäli pidempiaikainen sosiaalinen tuki ja seuranta puuttuvat? Toisaalta, liikuntaneuvontaa annetaan terveystieteiden sujuvasti muun palvelutarjonnan ohessa, eikä se vie samalla tavoin resursseja, kuin esimerkiksi Lahden kaupungin liikuntaneuvontavastaanotolla, jossa asiakkaalle on varattu erikseen aika liikuntaneuvontaan ja jokainen käyttämätön tai ”väärälle” henkilölle annettu aika on pois muusta liikunnanedistämistyöstä.

Vaikka terveystieteiden kioskissa ei ehkä ole mahdollisuuksia ja aikaa kartoittaa asiakkaan liikunnan muutosvaihtetta ja tästä johtuen liikuntaneuvontaa saavat tämän tutkimuksen perusteella sellaisetkin, jotka liikkuvat aktiivisesti, ei sitä voida nähdä heikkoutena tilanteessa, jossa liikunta tulisi juurruttaa yhä tiiviimmin osaksi suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Jo aktiivisesti liikkuva voi aina saada uusia näkökulmia tai kannustusta liikunnallisen elämäntavan jatkamiselle ja henkilö, jolle liikunta-asiat eivät ole lainkaan ajankohtaisia, voi kuitenkin jossain elämänsä vaiheessa tulla toisiin ajatuksiin ja palata terveystieteiden kioskisiin hankkimaan asiasta lisätietoa. Lyhytkin, hyvin toteutettu neuvonta saattaa muuttaa erityisesti vanhempien, vähemmän koulutettujen tai vähän liikkuneiden ihmisten käsityksiä liikunnan mahdollisuuksista tarjota ratkaisuja juuri heidän tarpeisiinsa. Kun näille asiakkaille annetaan vielä selkeitä ja kannustavia ohjeita paikallisista liikuntamahdollisuuksista, saattavat he olla valmiita ainakin kokeilemaan liikuntaa. (Vuori 2005b, 658.)

Terveystieteiden rooli liikkumattomuuden vähentämisessä vaikuttaa tämän tutkimuksen perusteella merkittävältä ja terveystieteiden voidaan katsoa toimivan lisäresurssina kunnalliselle liikuntaneuvonnalle. Kun moni asiakas saa vastauksen liikuntapulmiinsa, tai syäyksen muuttaa tottumuksiaan terveystieteiden kioskissa saamansa neuvonnan avulla, ei häntä ole tämän vuoksi tarvetta ohjata varsinaiselle liikuntaneuvontavastaanotolle. Tämä tulee myös Lahden kaupungin terveystieteiden liikuntastrategian tavoitteita lisätä liikuntapalvelui-

hin ohjausta yli sektorirajojen. Vaikka terveystietokioskissa ei työskentele liikunnan ammattilaisia, voi liikuntaneuvonta olla vaikuttavaa, sillä tyypillisesti ihmiset pitävät terveydenhuollon ammattilaisten antamia kehoituksia ja neuvoja tärkeinä ja luotettavina (Vuori 2005b, 647). Monella liikuntaneuvontaan tulijalla vaikuttaisi olevan enemmänkin tarve tulla kuulluksi, kuin tarve erityisasiantuntemukselle liikkumisen suhteen (Freundlich, H. 17.6.2011), joten ei ole perusteita väittää, että tuloksekkaan liikuntaneuvonnan tulisi aina olla liikunnan ammattilaisen antamaa. Lisäksi terveystietokioskissa työskentelevillä terveydenhuollon ammattilaisilla on tietoa ja kokemusta erilaisista liikkumista rajoittavista tai siihen vaikuttavista sairauksista, minkä vuoksi terveydenhuollon ammattilainen saattaa olla liikunta-alan ammattilaista parempi henkilö neuvomaan liikunta-asioissa erityisesti sellaisia asiakkaita, joilla on paljon erilaisia oireita tai sairauksia.

Tämä tutkimus puoltaa sitä, että aktiivista liikunta-asioihin puuttumista kannattaa ehdottomasti jatkaa terveystietokioskissa, sillä kaksi kolmesta liikuntaneuvontaa saaneesta koki neuvonnan erittäin hyödylliseksi ja kolmasosa jokseenkin hyödylliseksi. Kukaan liikuntaneuvontaa saaneista ei kokenut liikuntaneuvontaa hyödyttömäksi. Tyytyväisyys liikuntaneuvontaan oli suurempaa niillä, jotka kokivat eniten tarvetta muuttaa liikuntatottumuksiaan, mikä on loogisuudestaan huolimatta tärkeä havainto. Tyytyväisyys oli myös hieman suurempaa vanhemmissa ikäluokissa, vaikkakaan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä iän ja liikuntaneuvonnan hyödylliseksi kokemisen väliltä ei löytynyt. Voi olla, että moni ikäihminen on ollut erityisen tyytyväinen neuvontaan sen vuoksi, että heillä ei ole samanlaisia mahdollisuuksia hankkia itse tietoa esimerkiksi Internetistä. Monelle iäkkäälle myös kokemus tulla kuulluksi ja kokemus siitä, että joku on kiinnostunut heidän asioistaan, saattaa lisätä tyytyväisyyden kokemusta asiasta riippumatta.

Valitettavasti asiakkaiden liikuntaneuvontaan liittyvistä toiveista ei saatu tarkempaa tietoa tämän kyselyn avulla. Avoimet kysymykset houkuttelevat helposti vastaamatta jättämiseen (Heikkilä 2010, 49), ja niin kävi myös tämän tutkimuksen kohdalla. Kyselylomake sisälsi ainoastaan yhden kaikille tarkoitetun avoimen kysymyksen, mutta vain viisi prosenttia vastaajista vastasi jollain tavalla kysymykseen, eikä kysymys näin ollen tuonut lisäarvoa tutkimukseen. Toisaalta, vastaamatta jättämisestä voi päätellä, että asiakkaat ovat ilmeisen tyytyväisiä, eikä heillä ole erityistarpeita tai -toiveita liikuntaneuvontaan tai liikunta-asioihin liittyen.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja oman työskentelyn tarkastelu

Opinnäytetyöprosessi kesti ajallisesti pitkään, yli vuoden ajan. Tämä antoi ajatuksille riittävästi aikaa kypsyä ja vähensi huolimattomuusvirheitä. Tutkimuksen suurimmat mahdolliset virhelähteet liittyvät kyselylomakkeeseen ja kyselytutkimuksen organisointiin. Reliabiliteetilla tarkoitetaan määrällisen tutkimuksen tarkkuutta, eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Heikkilä 2010, 30-31, 187). Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia heikensivät otantaan liittyvät virhelähteet. Tutkimus oli tarkoitus suorittaa harkinnanvaraisena näytteenä, joka sopii tutkimuksiin, joissa perusjoukkoa on vaikea tai mahdoton määritellä. Koska otannan perusedellytys, eli se, että jokaisella otantayksiköllä yhtä suuri mahdollisuus valikoitua otokseen, ei toteudu, kutsutaan aineistoa näytteeksi. Harkinnanvaraisessa otannassa otantayksiköt poimitaan harkitusti, mutta kuitenkin siten, että päädytään mahdollisimman objektiiviseen ja tasapuoliseen tulokseen. Harkinnanvaraisen otannan etuja ovat nopeus, joustavuus ja edullisuus, mutta haittana se, että valittu osajoukko ei ehkä edusta koko perusjoukkoa. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 36; Vehkalahti 2008, 46-47; Vilka 2007, 58.)

Perusjoukosta oli tarkoituksena poimia harkinnanvarainen näyte pyytämällä kaikkia terveystioskissa tietyllä aikavälillä asioivia vastaamaan kyselyyn, jolloin vastausprosentti olisi ollut laskettavissa kyselyn toteuttamisen aikavälillä tilastoitujen asiakaskäyntien määrästä. Tutkimus muodostui kuitenkin sattumanvaraiseksi näytteeksi, koska kyselyä ei jaettu systemaattisesti (Vehkalahti 2008, 46-47). Tämän vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää perusjoukkoon, eli terveystioskin asiakkaisiin. Kyselyn jakamisessa asiakkaille esiintyi ongelmia mm. henkilöstön vajaamiehityksestä ja tavallisesta kiireisemmästä ajanjaksosta johtuen, minkä vuoksi riittävän vastausmäärän saaminen venyi ajallisesti pitkälle aikavälille. Otantaan liittyvää virhelähdettä olisi ollut mahdollista pienentää, mikäli olisin itse ollut jakamassa kyselylomakkeita terveystioskissa, jolloin lomakkeen jakamiseen ei olisi ainakaan vaikuttanut se, keskusteltiin ko kyseisen asiakkaan kanssa liikunta-asioista vai ei. Tällainen menettely olisi kuitenkin vienyt kovasti aikaa. Lisäksi ylimääräisen henkilön pitkäaikainen läsnäolo olisi saattanut häiritä terveystioskissa työskentelevien työrauhaa ja heikentää entisestään asioinnin yksityisyyttä.

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä, eli sitä, kuinka hyvin tutkimuksessa on onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata (Heikkilä 2010, 29-30, 186). Tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia voivat heikentää mittariin liittyvät virhelähteet (Vilka 2007, 150). Kyselytutkimuksen heikkoutena on, että monessa tapauksessa aineistoa pidetään pinnallisena ja teoreettisesti vaatimattomana. Lisäksi esimerkiksi väärinkäsityksiä on vaikea kontrolloida. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 184.) Kyselytutkimuksen onnistuminen riippuu pitkälti siitä, onnistutaanko kysymään sisällöllisesti oikeita kysymyksiä tilastollisesti mielekkäällä tavalla. Lomakkeeseen on myöhäistä tehdä korjauksia siinä vaiheessa, kun lomake on jo vastaajalla. (Heikkilä 2010, 61; Vehkalahti 2008, 20.) Tämän vuoksi kyselylomake esitettiin useilla eri-ikäisillä henkilöillä ennen sen käyttöönottoa.

Aineiston analyysin ja vähäisen kadon perusteella voidaan päätellä, että tässä tutkimuksessa kyselylomake oli kohtalaisen onnistunut ja mittasi luotettavasti sitä, mitä pitikin. Lomakkeessa oli yksi kysymys, ”terveyskioskissa asioinnin syy”, jossa vastausvaihtoehdot eivät olleet toisensa poissulkevia, mikä hieman vaikeutti aineiston analyysia. Tähän kysymykseen vastaaminen olisi pitänyt ohjeistaa niin, että asiakas olisi joutunut poimimaan vaihtoehtojen joukosta tärkeimmän syyn. Lisäksi samassa kysymyksessä yhtenä vastausvaihtoehtona olisi voinut olla ”muu syy, mikä?”, koska ei ole varmuutta siitä, oliko asiakkaan asioinnin syy valmiiden vastausvaihtoehtojen joukossa, vaikka lista olikin kattava. Terveyskioskista on mahdollista lainata liikuntavälineitä ja yhtenä liikunta-neuvonnan muotoa kartoittaneena kysymyksenä olisi voinut olla, ”kertoiko terveyskioskin työntekijä lainattavista liikuntavälineistä tai suositteliko hän lainausta?” Yleensä vastaavissa mielipidetutkimuksissa taustakysymyksiin sisältyy myös sukupuoli. Tähänkin tutkimukseen se olisi voinut tuoda lisäarvoa, mutta kysymys jäi inhimillisen virheen takia pois. Lisäksi aineiston analysointimenetelmiin olisi ollut syytä perehtyä tarkemmin jo kyselylomakkeen tekovaiheessa, sillä analysointimenetelmät olivat rajatut kyselylomakkeen kaikkien muuttujien ollessa järjestysasteikollisia. Tässä tutkimuksessa sähköisen kyselylomakkeen käyttö ei ollut teknisesti mahdollista, mikä olisi poistanut mahdolliset aineiston syöttöön ja tallentamiseen liittyvät virhelähteet. Toisaalta, sähköisen kyselylomakkeen käyttöön liittyy tavoitettavuusongelmia ja todennäköisesti iäkkäimmät ikäryhmät olisivat olleet tässäkin tutkimuksessa aliedustettuina, mikäli paperilomakkeiden sijaan kyselyä olisi tarjottu täytettäväksi näytepäätteellä. (Vehkalahti 2008, 48.)

8.2 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Tämä selvitys oli tietävästi ensimmäinen terveystietokioskien liikuntaneuvontaa kartoittava tutkimus, vaikkakin kuntien tarjoamasta liikuntaneuvonnasta on tehty useita opinnäytteitä (mm. Eskelinen & Pulkkinen 2008, Pakarinen 2007, Pasanen 2009, Pennanen 2009, Rahko 2010). Tämän tutkimuksen antia voisi täydentää seuranta tutkimuksella, joka lisäisi tietämystä siitä, onko asiakkaan suhtautuminen liikuntaan tai hänen liikuntakäyttäytymisensä muuttunut terveystietokioskissa saadun liikuntaneuvonnan myötä. Tarkempaa tutkimusta vaatisi myös se, kuinka asiakkaan liikunnan toteutumista seurataan, eli kirjataan liikuntaan liittyviä tavoitteita aktiivisesti potilastietojärjestelmään ja palaatanko liikuntakäyttämiseen seuraavilla asiointikerroilla, sillä aktiivinen seuranta ja sosiaalinen tuki ovat yksi keskeisimmistä liikuntakäyttämisen muutosta edistävästä tekijöistä (Nupponen & Suni 2011, 224; Vuori 2003, 143; Vuori 2005b, 651, 656). Liikuntaneuvonnan kehittämisen kannalta tarpeen olisi myös kartoittaa terveystietokioskissa työskentelevien kokemuksia liikuntaneuvontatilanteista ja ylipäättänsä siitä, kuinka hyvin heidän ajalliset ja taidolliset resurssinsa riittävät liikuntaneuvonnan antamiseen. Lisäksi itse neuvontatilannetta tutkimalla voitaisiin saada tarkempaa tietoa liikuntaneuvontaan liittyvistä haasteista ja sitä kautta kehittää, tai ottaa käyttöön valmiita työkaluja liikuntaneuvonnan avuksi. Tällaisia työkaluja voisivat olla tässäkin työssä esiteltyt asiakkaan liikunnan muutosvaiheen hahmottamisessa auttavat tai liikuntaneuvontatilannetta jäsentävät mallit. Myös erilaiset valmiit ohjeistukset liikunnan käytöstä lääkkeenä eri sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa voisivat olla hyödyllisiä.

Lähteet

Aaltonen, S., Leskinen, T., Morris, T., Alen, M., Kaprio, J., Liukkonen, J. & Kujala U.M. 2012. Motives for and Barriers to Physical Activity in Twin Pairs Discordant for Leisure Time Physical Activity for 30 Years. *Int J Sports Med*, 33, s. 157-163.

Aaltonen, S., Rintala, M., Kaprio, J. & Kujala, U. 2011. Liikuntaan motivoivat tekijät vapaa-ajan liikunnan suhteen aktiiveilla ja inaktiiveilla miehillä ja naisilla. *Liikunta & Tiede*, 48, 5, s. 28.

Ainsworth, BE. & Youmans, CP. 2002. Tools for Physical Activity Counseling in Medical Practice. *Obesity Research*, 10, s. 69-78.

Aittasalo, M. & Vasankari, T. 2011. Terveysliikunnan edistämisen työvälineitä. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*, s. 197-204. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2002. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa*, s. 37-38. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2002: B3. Kansanterveyslaitos. Helsinki.

Blair, SN., Dunn, AL., Marcus, BH., Carpenter, RA. & Jaret, P. 2001. *Active Living Every Day*. Human Kinetics. Champaign, IL.

Eriksson, J. G. 2005. Diabetes. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) *Liikuntalääketiede*, s. 438-451. Duodecim. Helsinki.

Eskelinen, E. & Pulkkinen, A. 2008. ”Läsnäolo ja liikuntaneuvontaa sen pitää olla” – Liikuntaneuvontapilotointi Paltamossa vuonna 2007. Amk-opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010102513933>. Luettu: 1.4.2011.

Fogelholm, M. 2006. Liikunta. Teoksessa Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. s. 47-49. Yliopistopaino. Helsinki. Luettavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>. Luettu: 17.8.2011.

Fogelholm, M. 2007. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.). Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa, Terveys 2000 -tutkimus. s. 44-52. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2007: B2. Kansanterveyslaitos. Helsinki.

Fogelholm, M. & Oja, P. 2011. Terveysliikuntasuositukset. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta, s. 67-75. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. 2007. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystuottajan tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Yliopistopaino. Helsinki.

Freundlich, H. 17.6.2011. Terveystuottajasuunnittelija. Lahden kaupungin liikuntapalvelut. Haastattelu. Lahti.

Green, LW. & Kreuter, MW. 1999. Health Promotion Planning. An educational and ecological approach. Third edition. Mayfield Publishing Company. California.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.-8. painos. Edita. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Tammi. Helsinki.

Hoffmann, T. & Worrall, L. 2004. Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. *Disability and Rehabilitation*, 26, 19, s.1166-1173.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. uudistettu painos. WSOY. Porvoo.

Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010; Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15. Kopijyvä. Kuopio. Luettavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM15.pdf?lang=fi>. Luettu: 3.9.2011.

Hyssälä, L. 2006. Esipuhe. Teoksessa Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. s. 11-12. Yliopistopaino. Helsinki. Luettavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>. Luettu: 17.8.2011.

Kansallinen liikuntatutkimus 2009–2010. Aikuisliikunta. SLU:n julkaisusarja 2010:6. Kuntoliikuntaliitto. Helsinki. Luettavissa: <http://www.slu.fi/liikuntapolitiikka/liikuntatutkimus2/>. Luettu: 30.3.2011.

Kiiskinen, U., Teperi, J., Häkkinen, U. & Aromaa, A. 2005. Kansantautien ja toimintakyvyn vajavuuksien yhteiskunnalliset kustannukset. Duodecim. Helsinki. Luettavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00064&p_haku=kustannus. Luettu: 29.3.2011.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Yliopistopaino. Helsinki. Luettavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1202902258197/passthru.pdf>. Luettu: 26.8.2011.

Kivimäki, R., Kork A-A., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. 2010. Terveyskioski palveluinnovaationa. Lahden terveystioski –hankkeen peruskartoitus (vaihe 1). Sitra. Helsinki. Luettavissa: <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2035.pdf>. Luettu: 23.2.2011.

Kork, A-A., Kivimäki, R., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. 2011. Terveystioski palveluinnovaationa. Lahden terveystioski –hankkeen väliarviointi (vaihe 2). Sitra. Helsinki. Luet-

tavissa: <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4455.pdf>. Luettu: 16.8.2011.

Kosonen, L. 2011. Pelkkä tekohengitys ei enää tehoa. Sosiaalivakuutus, 49, 1, s. 16-20.

Kuntalaki. 1995. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>. Luettu: 15.8.2011.

Lahden kaupunki/liikuntapalvelut. Luettavissa: <http://lahti.fi/www/cms.nsf/pages/11633BD0FBB48A87C2256F3F004AE7E8>. Luettu: 23.8.2011.

Lahden kaupunki/sosiaali- ja terveystalvelut. Luettavissa: <http://lahti.fi/www/cms.nsf/pages/865C1F264BA6314CC2256E7E003BC44E>. Luettu: 23.8.2011.

Lahden kaupungin tuottavuusohjelma. 2010. Luettavissa: [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/DB359EF59F016B9BC225772F00445771/\\$file/Tuottavuusohjelma_kv%20120410.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/DB359EF59F016B9BC225772F00445771/$file/Tuottavuusohjelma_kv%20120410.pdf). Luettu: 16.8.2011.

Maijala, H-M. 2009. Liikunnan palveluketju. Lahti Liikkeelle –kehittämishanke. Likes. Jyväskylä.

Melkas, T. & Miettinen, M. 2007. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Liikunta ja Tiede, 44, 3-4, s. 5-8.

Meriläinen, R. 2007. Liikkumattomuuden inhimilliset tekijät. Liikunta ja Tiede, 44, 3-4, s. 12-15.

Moilanen, J., Knape, N., Häkkinen, U., Hujanen, T. & Matveinen P. 2008. Terveysthuollon menot ja rahoitus 1995-2005. Stakesin raportteja 2008:16. Stakes. Helsinki. Luettavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R16-2008-VERKKO.pdf>. Luettu: 29.3.2011.

Nupponen, R. 2011. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta, s. 43-56. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Opetusministeriö. 2008. Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla. Ehdotus kansalliseksi liikuntaohjelmaksi julkisen ohjauksen näkökulmasta. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2008:14. Opetusministeriö. Helsinki.

Packalén, L. 2007. Lahden kaupungin terveystoimintastrategia 2007. Lahden sivistystoimiala liikuntapalvelut. Lahti. Luettavissa:

[http://lahti.fi/www/images.nsf/files/076E5D67A2FE232EC22573330027C2C7/\\$file/Terveysliikuntastrategia%2007.pdf](http://lahti.fi/www/images.nsf/files/076E5D67A2FE232EC22573330027C2C7/$file/Terveysliikuntastrategia%2007.pdf). Luettu: 23.2.2011.

Pakarinen, A. 2007. Korson liikunta-apteekki – hanke 2005-2006. Amk-opinnäytetyö. HAAGA-HELIA ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Pakkala, E. 2011. Sitra kaavailee viittäkymmentä uutta terveystioskia. Mediuutiset 1.9.2011. Luettavissa:

<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/sitra+kaavailee+viittakymmenta+uutta+terveyskioskia/a678555>. Luettu: 3.9.2011.

Paronen, O. & Nupponen, R. 2011. Terveiden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveystoiminta, s. 186-196. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Pasanen, S. 2009. Liikuntaneuvonnan vaikutus liikuntakäyttäytymiseen ja –motivaatioon TELIRANE-hankkeen asiakkailla. Amk-opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912026748>. Luettu: 1.4.2011.

Pennanen, H. 2009. Liikuntaneuvontaa Espoossa. Amk-opinnäytetyö. HAAGA-HELIA ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Penttilä, P. 2011. Kiire Sohvalle. Suomen Kuvalehti, 95, 28, s. 24-31.

Poskiparta, M., Kaasalainen, K. & Kasila, K. 2009. Liikuntamotivaatio syntyy tiedosta, ymmärryksestä, asenteista ja uskomuksista. Liikunta ja Tiede, 46, 4, s. 46-50.

Rahko, V. 2010. Liikuntaneuvonta terveyden edistämässä – Salon kaupungin liikunta-
neuvonnan kehittäminen. YAMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010060611562>. Luettu: 1.4.2011.

Räsänen, J. 2010. Terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede-Proceed-malli. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.). Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan, s. 100-116. WSOY. Porvoo.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Yliopistopaino. Helsinki. Luettavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>. Luettu: 17.8.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Suositukset liikunnan edistämiseksi kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:3. Yliopistopaino. Helsinki. Luettavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf. Luettu 18.8.2011.

Ståhl, T. 2005. Reseptillä liikkeelle. Liikkumisreseptihankkeen arviointi. Likes. Jyväskylä.

Suomen perustuslaki. 1999. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Luettu 15.8.2011.

Terveydenhuoltolaki. 2010. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 15.8.2011.

Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009-2060. Suomen virallinen tilasto. Luettavissa: http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html. Luettu: 30.3.2011.

UKK-instituutti. a. Luettavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti>. Luettu: 3.9.2011.

UKK-instituutti. b. Luettavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti/liikkumisresepti_2001-2004. Luettu: 3.9.2011.

UKK-instituutti. 2009. Liikuntapiirakka. Luettavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>. Luettu: 8.2.2012.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi. Helsinki.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. Helsinki.

Vuolle, P. 2000. Liikunnan merkitys rakentuu elämänkaarella. Teoksessa Miettinen, M. (toim.) Haasteena huomisen hyvinvointi – miten liikunta lisää mahdollisuuksia? s. 23-48. Likes. Jyväskylä.

Vuori, I. 2003. Lisää liikuntaa! Edita. Helsinki.

Vuori, I. 2005a. Suomalaisten liikunta. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede, s. 618-627. Duodecim. Helsinki.

Vuori, I. 2005b. Terveyttä edistävän liikunnan lisääminen. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede, s. 646-664. Duodecim. Helsinki.

Vuori, I. 2011a. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta, s. 12-19. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Vuori, I. 2011b. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*, s. 88-104. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Vuori, I. 2011c. Yhteisön liikunnan edistäminen. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*, s. 227-235. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. 2005. Liikunta ja terveys: päätelmiä. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) *Liikuntalääketiede*, s. 665-681. Duodecim. Helsinki.

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake

Selvitys liikuntaneuvonnasta Trion terveyskioskissa Lahdessa

Tämän kyselyn avulla halutaan kartoittaa Lahden terveyskioskissa toteutettavaa liikuntaneuvontaa. Vastauksenne on äärimmäisen tärkeä tutkimuksen onnistumisen ja terveysterveyskioskissa toteutettavan liikuntaneuvonnan kehittämisen kannalta. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä niistä pystytä tunnistamaan yksittäisiä henkilöitä. Tutkimus toteutetaan opinnäytetyönä ja tutkimuksen toteuttaa Liikunnanohjaajaopiskelija (AMK), TtM Sini Niskala, sini.niskala@myy.haaga-helia.fi, puh. 050 544 1465. Kyselyyn vastaaminen kestää noin viisi minuuttia.

Olkaa hyvä ja ympyröikää tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto!

Vastaajan taustatiedot

1. Ikä

a) alle 20 v. b) 20-40 v. c) 41-60 v. d) 61-80 v. e) yli 80 v.

2. Ammatti/pääasiallinen toiminta

a) Työssäkäyvä b) Koululainen/opiskelija
c) Työtön d) Eläkeläinen e) Muu

3. Oletteko asioinut terveysterveyskioskissa ennen tätä käyntiä?

a) En
b) 1 kerran
c) 2-5 kertaa
d) yli 5 kertaa

4. Terveysterveyskioskissa asioinnin syy (tänään)?

a) Terveysterveystilan kartoitus (esim. verenpaineen mittaus)
b) Akuutti vamma tai oire ja hoidon tarpeen arviointi
c) Hoitotoimenpide

- d) Painonhallinta
- e) Tiedon hankinta, aiheesta

f) Tutustuminen

5. Kuinka monta TUNTIA VIIKOSSA tavallisesti harrastatte liikuntaa(*) tai liikutte, niin että hikoilette/hengästyttte?

- a) 7 h tai enemmän
- b) noin 4-6 h
- c) noin 2-3 h
- d) noin 1 h
- e) noin ½ h
- f) ei lainkaan

6. Kuinka monta TUNTIA VIIKOSSA tavallisesti harrastatte liikuntaa(*) tai liikutte, niin että ETTE juurikaan hikoile tai hengästy?

- a) 7 h tai enemmän
- b) noin 4-6 h
- c) noin 2-3 h
- d) noin 1 h
- e) noin ½ h
- f) ei lainkaan

(*) Liikunnaksi lasketaan harraste- ja kuntoliikunnan lisäksi arki- ja hyötyliikunta, kuten pihatyöt, koiran ulkoilutus jne.

Liikuntaneuvonta

7. Ohjeistiko terveystietokioskin työntekijä teitä liikunta-asioissa/keskustelitteko liikunnasta vastaanotolla?

- a) Paljon
- b) Jonkin verran
- c) Ei lainkaan

Mikäli KESKUSTELITTE liikunta-asioista, olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin (kysymykset 8-13):

8. Otitteko liikunta-asiat itse puheeksi vai terveystietokioskin työntekijä?

- a) Itse
- b) Terveystietokioskin työntekijä

9. Koettako tarvetta liikunnan lisäämiselle?

- a) Paljon
- b) Jonkin verran
- c) Ei lainkaan

10. Kehotettiin teitä lisäämään liikuntaa?

- a) Kyllä
- b) Ei

11. Keskustelitteko ryhmävaihtoehtoja/suositeltiin teille liikuntaryhmää?

- a) Kyllä
- b) Ei

12. Saitteko liikuntaan liittyvää kirjallista materiaalia käytintenne yhteydessä?

- a) Kyllä
- b) Ei

13. Koitteko liikunta-asioista keskustelun hyödylliseksi?

- a) Paljon
- b) Jonkin verran
- c) Ei lainkaan

Mikäli ETTE KESKUSTELLUT liikunta-asioista, olkaa hyvä ja vastatkaa seuraavaan kysymykseen (kysymys 14):

14. Olisitko halunnut keskustella liikunta-asioista?

- a) En, koska en koe tarvetta muuttaa liikuntatottumuksiani
- b) En, koska ne eivät liittyneet käyntiini
- c) En, koska tiedän jo tarpeeksi
- d) En, koska

- e) Kyllä, mistä?

KAIKILLE:

15. Mikäli olette asioinut terveystietokioskissa aiemmin, oletteko keskustellut henkilökunnan kanssa liikunta-asioista?

- a) Kyllä, mistä?

- b) En
- c) En ole asioinut aiemmin

16. Millaisia toiveita teillä on terveystietokioskin liikuntaneuvontaa koskien? Millaista tukea (tieto, neuvonta, opastus jne.) kaipaisitte liikunta-asioissa yleisesti?

Suurkiitos vastauksistanne!